



TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGIA

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR

Buenos Aires, Argentina

**Un estudio sobre las Representaciones Sociales acerca del
Certificado de Discapacidad en la Región Metropolitana de
Buenos Aires**

Magister Cecilia Figari

Tesis para obtener el grado de Doctora en Psicología

Directores de Tesis

Dra. Margarita Robertazzi

Dra. Cecilia Arizaga

Junio de 2018

AGRADECIMIENTOS

- A mi directora de Tesis, Dra. Margarita Robertazzi, quien con gran generosidad y afecto aceptó dirigir esta investigación con un alto grado de compromiso y un trabajo de excelencia en cada etapa, digno de destacar. Creo que no alcanzan las palabras aquí expuestas, para expresar mi gratitud por sus inestimables sugerencias, rigurosas correcciones y por el tiempo dispensado.
- A mi codirectora de Tesis, Dra. Cecilia Arizaga, quien desde el inicio de esta investigación enriqueció con sus aportes metodológicos, aceptó desinteresadamente codirigirme y ha sido una referente invaluable en su desarrollo.
- Al cuerpo docente del Doctorado en Psicología de la Universidad del Salvador, por las herramientas brindadas para poder plasmar este proyecto académico.
- A mis queridos amigos del Doctorado -Mónica, Pablo, Fabiana y Patricia- con quienes compartí este desafío académico, en mayor o menor medida, en las distintas etapas de este proyecto. Tanto en los momentos de dudas y desazón, como en los del trabajo intenso, con muchas risas y optimismo, que fue lo que primó para que el esfuerzo fuera sostenido y compartido.
- A mis jefes y compañeros del trabajo institucional, quienes facilitaron y acompañaron mi entusiasmo en esta ardua y extensa tarea.

También quiero expresar el agradecimiento a mi familia, apoyo y sostén fundamental para poder desarrollar y concluir esta investigación, más allá de mi esfuerzo personal.

- A mi esposo Pablo, compañero de los emprendimientos más importantes de mi vida, que con el amor y la generosidad que lo caracterizan, acompañó, una vez más, otro de mis proyectos.
- A mi padre Tomás, de quien heredé este “oficio de la pasión” en la atención e integración de las personas con discapacidad, desde una mirada interdisciplinaria.
- A mi madre Elba, quien facilitó y acompañó mis inquietudes profesionales, estimulando el empoderamiento de la mujer.

- A mi hija Lucía quien, como la mujer emprendedora que es, facilitó a través de las nuevas tecnologías valorar el poder de las redes sociales en la construcción de la realidad cotidiana.
- A mi hijo Federico, quien aportó su colaboración en distintas etapas de esta investigación enriqueciendo, desde su perspectiva disciplinaria antropológica, el diálogo interdisciplinario ante la complejidad del problema abordado.
- De similar modo, a mi primo y hermano de la vida Ramiro, quien siempre estuvo dispuesto a compartir lecturas e interrogantes aportando su visión académica desde las ciencias antropológicas.
- A mis hermanos Marcelo y Eduardo, sus familias, quienes también estuvieron presentes en el transcurso de esta investigación de diversos modos y, muy especialmente, colaborando con la vasta bibliografía que esta investigación requirió.
- A Miriam, quien dispuso gentilmente de su tiempo para colaborar en el trabajo editorial.

Finalmente, quiero cerrar los agradecimientos con aquellos que, sin su presencia, hubiera sido imposible realizar este estudio.

- A todas las personas que pusieron “su voz” en este estudio: colegas, profesionales de la salud, personas con diversa condición de salud y, muy especialmente, las personas con discapacidad, que, más allá de las diversas barreras que atraviesan cotidianamente, hicieron honor a su lema “Nada de nosotros sin nosotros”, con su participación en esta investigación.

A cada uno de ustedes, quiero transmitirles mi más sincero y profundo agradecimiento.

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTOS.....	2
RESUMEN.....	8
ABSTRACT.....	9
I PARTE.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
OBJETIVO GENERAL	14
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
FORMULACIÓN Y REFORMULACIÓN DE IDEAS PREVIAS E HIPÓTESIS	15
RELEVANCIA DEL PROYECTO.....	16
EL PLAN DE DESARROLLO DE LA TESIS	17
CAPITULO I. ACERCA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, HOY CUD	19
EL INICIO.....	19
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE LAS DEFICIENCIAS, DISCAPACIDADES Y MINUSVALÍAS, CIDDM.....	20
CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD-CIF.....	23
CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD	25
ALCANCES Y LIMITACIONES.....	28
CAPITULO II. LUCHA DE REPRESENTACIONES: ENTRE LAS DENOMINACIONES Y LAS AUTODENOMINACIONES.....	33
LOS DISTINTOS SIGNIFICADOS DEL TÉRMINO ENFERMEDAD	34
UNA DEFINICIÓN OFICIAL PERDIDA... PARA RECORDAR	36
PERSONAS CON CAPACIDADES DIFERENTES, CAPACIDADES ESPECIALES, PERSONAS ESPECIALES, PERSONAS EXTRAORDINARIAS, PERSONA CON DIVERSIDAD FUNCIONAL, PERSONAS	37
PERSONA CON DISCAPACIDAD	39
¿TODOS SOMOS DISCAPACITADOS?	40
CAPITULO III. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO	43
MODELO MÉDICO Y MODELO SOCIAL	43
FACTORES PSICOSOCIALES RELEVANTES VINCULADOS A LA CERTIFICACIÓN DE LA DISCAPACIDAD:	
AUTOCONCEPTO	45
APROXIMACIONES: DESDE LA REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD A LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMEDAD	47
CAPITULO IV. REPRESENTACIONES SOCIALES: ACERCA DE LA DISCAPACIDAD CLASIFICADA Y CERTIFICADA COMO OBJETO DE REPRESENTACIÓN	50
DISTINTAS DEFINICIONES DE REPRESENTACIONES SOCIALES.....	51
TIPOS DE REPRESENTACIONES SOCIALES	52
FUNCIONES DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES	53
PROCESOS DE PRODUCCIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS RS.....	54
ARTICULACIÓN CON LAS RS DE LA DISCAPACIDAD.....	57
ACERCA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DEL CUD.....	60
CAPITULO V. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS.....	62
TIPO DE ESTUDIO.....	62
POBLACIÓN Y MUESTRAS	62
TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	64
PROCEDIMIENTOS	66

DESCRIPCIÓN DE LA APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS FILTRO Y ENTREVISTAS NO ESTRUCTURADAS (ETAPA DE INMERSIÓN INICIAL AL CAMPO).....	67
DESCRIPCIÓN DEL DESARROLLO DE LOS GRUPOS FOCALES (ETAPA DE PROFUNDIZACIÓN AL CAMPO).....	71
<i>Participantes de los grupos focales</i>	76
DESCRIPCIÓN DE LA ENTREVISTA EN PROFUNDIDAD CON EL INTERLOCUTOR CLAVE, DR. ROBERTO SIVAK.....	78
LAS ETAPAS DEL ANÁLISIS DE DATOS.....	79
II PARTE	86
CAPITULO VI. RESULTADOS	87
ETAPA DE INMERSIÓN INICIAL AL CAMPO	87
<i>Descripción de las personas con deficiencias funcionales y/o estructurales participantes</i>	87
<i>Descripción de los profesionales de la salud participantes</i>	105
<i>Descripción de las noticias sobre el CUD relevadas</i>	117
ETAPA DE PROFUNDIZACIÓN AL CAMPO	125
ANÁLISIS DE CONTENIDO	125
<i>Información acerca del Certificado de Discapacidad/CUD</i>	126
<i>Procesos identitarios vinculados a la certificación de la discapacidad</i>	162
<i>Actitud respecto al Certificado de Discapacidad /CUD</i>	187
ANÁLISIS DE LOS ASPECTOS METAFÓRICOS RETÓRICOS DEL DISCURSO	219
ANÁLISIS GRÁFICO DE LOS SIGNIFICANTES.....	223
CAPITULO VII. DISCUSIÓN	224
CAPITULO VIII. CONCLUSIONES	246
LIMITACIONES Y DESAFÍOS	252
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	255
ANEXOS	280
ANEXO I-GLOSARIO DE LOS TÉRMINOS DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD	281
ANEXO II-CUESTIONARIOS	284
ANEXO III- WHODAS 2.0 VERSIÓN 12 PREGUNTAS	290
ANEXO IV- GUÍA PAUTA DE ENTREVISTAS GRUPOS FOCALES	292
ANEXO V- CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO FOCAL	295
ANEXO VI- LÁMINAS TÉCNICA DE FOTOLENGUAJE	296
ANEXO VII- SITIOS WEB RELEVADOS	312

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PERSONAS CON DEFICIENCIAS SEGÚN GÉNERO	90
TABLA 2. SITUACIÓN LABORAL DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIAS	92
TABLA 3. MOMENTO DE APARICIÓN DE LA DEFICIENCIA	94
TABLA 5. LOCALIDAD DONDE SE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	106
TABLA 4. PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN GÉNERO	106
TABLA 6. ÁMBITO LABORAL DONDE SE DESEMPEÑAN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	108

TABLA 7. PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ATIENDEN PERSONAS CON DEFICIENCIAS	109
TABLA 8. PROFESIONALES DE LA SALUD QUE ORIENTAN AL CUD.....	109

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. ENFERMEDAD NO SIEMPRE SIGNIFICA DISCAPACIDAD.	22
FIGURA 2. CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD.....	25
FIGURA 3. LÍNEA DEL TIEMPO DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.	27
FIGURA 4. LA DISCAPACIDAD EXISTE, NO POR LEYES	31
FIGURA 5. ÁMBITO GEOGRÁFICO DONDE RESIDEN LAS PERSONAS CON DEFICIENCIAS.....	89
FIGURA 6. PERSONAS CON DEFICIENCIAS SEGÚN GRUPOS ETÁREOS	90
FIGURA 7. NIVEL DE ESCOLARIDAD DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIAS.....	91
FIGURA 8. ESTADO CIVIL ACTUAL DE LAS PERSONAS CON DEFICIENCIAS.....	91
FIGURA 9. TIPO DE DEFICIENCIAS DE LAS PERSONAS PARTICIPANTES	93
FIGURA 10. AÑOS DE TRAMITACIÓN DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.....	99
FIGURA 11. BENEFICIOS DEL CUD SEGÚN PERSONAS CON DEFICIENCIA	100
FIGURA 12. PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN GRUPO ETÁREO.....	106
FIGURA 13. PROFESIONALES DE LA SALUD SEGÚN TIPO DE DISCIPLINA	107
FIGURA 14. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	107
FIGURA 15. GRUPOS ETÁREOS QUE ATIENDEN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	108
FIGURA 16. MOTIVOS DE ORIENTACIÓN AL CUD SEGÚN PROFESIONALES DE LA SALUD	110
FIGURA 17. INFORMACIÓN SOBRE CRITERIO DE CLASIFICACIÓN UTILIZADO EN EVALUACIÓN PARA EL CUD SEGÚN PROFESIONALES DE LA SALUD	111
FIGURA 18. BENEFICIOS DEL CUD SEGÚN PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	112
FIGURA 19. BARRERAS PARA EL ACCESO AL CUD SEGÚN PERSPECTIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD	113
TABLA 9. INFLUENCIA DEL CUD EN EL AUTOCONCEPTO SEGÚN PROFESIONALES DE LA SALUD.....	113
FIGURA 20. FRECUENCIA DE LA APARICIÓN MENSUAL DE LA NOTICIA CUD SEGÚN SITIO WEB.....	119
FIGURA 21. FRECUENCIA DE LA APARICIÓN MENSUAL DE LA NOTICIA CUD SEGÚN TIPO DE INSTITUCIÓN.	120
FIGURA 22. TIPO DE COMUNICACIÓN DE LA NOTICIA CUD	121
FIGURA 23. FRECUENCIA DE APARICIÓN DE LA NOTICIA CUD SEGÚN TIPO DE COMUNICACIÓN.....	122
FIGURA 24. ANÁLISIS GRÁFICO DE LOS SIGNIFICANTES	223
FIGURA 25. CERTIFICADO ÚNICO DE DISCAPACIDAD COMO DNI.....	296

FIGURA 26. SÍMBOLO INTERNACIONAL DE ACCESIBILIDAD-LIBRE ESTACIONAMIENTO	297
FIGURA 27. EXENCIÓN DE PATENTE.....	298
FIGURA 28. ACCESIBILIDAD TRANSPORTE Y ASIENTO PRIORITARIO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	299
FIGURA 29. BECAS UNIVERSITARIAS.....	300
FIGURA 30. ACCESO TRABAJO	301
FIGURA 31. ORTESIS Y PRÓTESIS.....	303
FIGURA 32. REHABILITACIÓN.....	304
FIGURA 33. MEDICAMENTOS.....	305
FIGURA 34. ACCESIBILIDAD OCIO Y TIEMPO LIBRE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	306
FIGURA 35. TARIFAS SOCIALES SERVICIOS PÚBLICOS.....	307
FIGURA 36. BÚSQUEDA EMPLEO POR CUPO PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD	308
FIGURA 37. ACCESO INTERPRETE LENGUAS DE SEÑAS.....	309
FIGURA 38. ACCESO A UNA PENSIÓN.....	310
FIGURA 39. ESTIGMATIZACIÓN.....	311



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue explorar y describir las representaciones sociales (RS) acerca del Certificado de la Discapacidad en la Región Metropolitana de Buenos Aires.

Una de las representaciones sociales de la discapacidad que se ha construido en torno a las deficiencias se encuentra asociada a ser objeto de clasificación. El certificado de discapacidad –hoy CUD- ha cobrado un lugar creciente en nuestra sociedad dado que atraviesa diversas dimensiones y, en tanto objeto social, es propenso para generar representaciones sociales hegemónicas, emancipadas y polémicas que guían comportamientos.

El diseño del estudio es exploratorio-descriptivo, de corte transversal y utiliza metodología cualitativa como enfoque principal.

Las unidades de la muestra fueron múltiples: 50 personas adultas con deficiencias de nacimiento y adquiridas con capacidad de autodeterminación, con y sin certificado de discapacidad; 50 profesionales de la salud que orientan directa o indirectamente a la certificación de discapacidad y la información de los medios gráficos y digitales que trataron el tema durante un periodo anual (2015-2016).

Las técnicas utilizadas fueron: cuestionarios, WHODAS 2.0, entrevistas en profundidad, grupos focales, fotolenguaje e investigación documental. La triangulación de fuente de datos y técnicas buscó aportar confiabilidad al análisis de contenido de un problema complejo desde el enfoque procesual.

Los resultados del estudio dan cuenta de que, si bien el diagnóstico médico constituye el núcleo central de la RS, el rol de la Persona con discapacidad basada en la perspectiva de derechos permite su transformación como herramienta habilitadora. Asimismo, que la capacidad de autodeterminación cobra un papel relevante en la tramitación con implicancias en los procesos identitarios tanto a nivel personal como social.

Palabras clave: Representaciones sociales, Certificado de Discapacidad, autodeterminación, identidad, rol.

ABSTRACT

The objective of the present study was to explore and describe the social representations (SR) about the disability certificate in the Metropolitan Region of Buenos Aires.

One of the social representations of disability that have been built around deficiency is associated with being classified. The disability certificate -today CUD- has gained a growing place in our society since it crosses diverse dimensions and as a social object, it is prone to generate hegemonic, emancipated and controversial social representations that guide behaviors.

The design of the study is exploratory-descriptive, cross-sectional and uses qualitative methodology as the main focus.

The sample units were multiple and as follows: 50 adults with birth or acquired deficiencies, with self-determination, with and without disability certificate, 50 health professionals who directly or indirectly guided disability certification and the information from the graphic and digital media that dealt with the issue during an annual period (2015-2016).

The techniques used were questionnaires, WHODAS 2.0, in-depth interviews, focus groups, photo-linguistics and documentary research. The triangulation of data sources and techniques sought to bring reliability to the content analysis of a complex problem from the processual approach.

The results of the study show that, although the medical diagnosis is the core of the SR, the role of person with disabilities based on the rights perspective allows its transformation as an enabling tool. Likewise, the self-determination capacity acquires a relevant role in the identity process with implications both at an individual and social level.

Key words: Social representations, disability certificate, selfdetermination, identity, role.



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

INTRODUCCIÓN

El inicio de esta investigación surge de la observación crítica y problematizadora de la propia práctica profesional de la tesista, tanto en el ámbito clínico como en el institucional y comunitario. Específicamente, entre personas que presentan diversos problemas en las funciones y/o estructuras corporales, quienes reaccionan de distinto modo ante su condición de salud. En este sentido, se despliegan diversas conductas para administrar esa realidad, así como para ajustarse a ella; un ejemplo es la diferencia en la tramitación del Certificado de Discapacidad, incluso presentando igual diagnóstico o deficiencia.

El Certificado de Discapacidad –hoy CUD- ha cobrado una creciente relevancia en nuestra sociedad, dado que atraviesa diversas dimensiones sociales alcanzando no sólo a sus portadores sino a los profesionales de la salud que se enfrentan a una nueva demanda, la que, en ocasiones, puede interpelar sus prácticas. Así se presenta esta problemática que, si bien atañe al campo de la salud, no es exclusiva del mismo.

En función de que la obtención de la certificación otorga una identidad social (Ferreira, 2007; Hogg & Vaughan, 2010; Silberkasten, 2014; Tajfel & Turner, 1986) a través de la denominación “persona con discapacidad”, se observa que no siempre la percepción del sujeto ante la adquisición de esta certificación contempla ni la severidad ni las barreras que esa condición o situación de discapacidad enuncia. En tal sentido, se distingue que una parte de esta población, como lo representa un grupo de personas con deficiencias adquiridas (Devenney, 2004), contrariamente a sentirse estigmatizadas (Goffman, 1970), buscan certificar su condición de salud como discapacidad. Asimismo, otro grupo con igual deficiencia o similar limitación en la actividad y restricción de la participación no adopta el mismo comportamiento, evitando reconocerse bajo el nombre de “discapacitado” o “persona con discapacidad”. Por otro lado, se observan otros segmentos de esta población -como pueden ser algunos grupos de personas con “deficiencias de nacimiento”- que buscan liberarse de las “etiquetas clasificadoras” (Devenney, 2004; Ferreira, 2009; Oliver, 2008;

Shakespeare, 2002, 2013). En tal sentido, Lopes (2014) señala que, “sin negar o dejar de lado la limitación y la lesión corporal como signos de la diversidad, estas deficiencias sí son negociadas por este colectivo como experiencias de significación y del devenir “(p. 175) ¹. Esta diversidad de significaciones respecto a las experiencias corporales en ocasión de la tramitación o no del certificado de discapacidad es parte de los objetivos de este estudio

Por otro lado, López Justicia, Fernández y Polo (2005) plantean que las personas con discapacidad son un grupo en riesgo de desarrollar un autoconcepto negativo, dado que frecuentemente son objeto de rechazo social y de actitudes negativas en sus relaciones interpersonales; mientras que Ferreira (2007) señala la construcción de una “identidad heterónoma y en negativo” (p. 6) por parte de las personas con discapacidad (PcD). Según Hughes y Paterson (2008), estas barreras actitudinales -junto a las económicas y políticas construidas sobre la deficiencia- son las que las personas con discapacidad “de nacimiento” resisten, enmarcados bajo el movimiento denominado emancipador. Este autor también expresa que las diferencias planteadas se convierten en fuentes de tensión dentro del movimiento de personas con discapacidad. Es en esta situación donde las representaciones sociales (RS) de la discapacidad aparecen como un campo polémico (Moscovici, 1984), ambivalente (Devenney, 2004) o bifronte (Vázquez García, 2015) y donde la dinámica de los procesos identitarios cobra lugar en ocasión de certificar o no una determinada condición de salud y su uso en la vida cotidiana.

Dada la extensa y compleja historia cultural, política y social, la discapacidad forma parte de los objetos sociales más propensos a generar representaciones sociales hegemónicas, emancipadas y polémicas (Gergen, 1985; Devenney, 2004; Rodríguez Salazar & García Curiel, 2008). La discapacidad ha sido asociada a distintas representaciones sociales que se han construido en torno a la deficiencia (Soto Builes & Vasco, 2008). Una de esas RS se encuentra asociada a ser objeto de clasificación y a un nombre que le otorga una identidad social, amparado bajo la normativa vigente.

En la República Argentina, en el año 1981, se establece por primera vez la certificación de la discapacidad². Posteriormente, se le da el nombre de

Certificado Único de Discapacidad -también conocido por su sigla CUD- y se le otorga al Ministerio de Salud la responsabilidad de su certificación³. Previamente a lo mencionado, en el año 1997, ya se había establecido que esta certificación fuese la puerta de acceso a un sistema de prestaciones básicas en discapacidad⁴ y a una serie de beneficios, tales como medicamentos (el 100% de su cobertura), transporte terrestre gratuito (con acompañante de acuerdo a la evaluación), cupo laboral, entre otros.

Desde el año 2009, Argentina adopta a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud⁵ –conocida bajo la sigla CIF- como modelo para la certificación y evaluación de la discapacidad⁶ desde un enfoque biopsicosocial. Este conforma un enfoque superador del modelo médico hegemónico, en búsqueda de una comprensión integral del proceso de funcionamiento-discapacidad. A través de los años, los profesionales de salud (médicos, psicólogos y asistentes sociales, entre otros) incorporan progresivamente tal orientación a sus prácticas con los pacientes, dada la cobertura asistencial, prestacional y social que brinda esta certificación, muchas veces impulsados por los requerimientos de las propias Obras Sociales.

Asimismo, la información que circula en los medios gráficos y digitales de comunicación acerca de la certificación de la discapacidad, podría influir en los comportamientos que adoptan las personas con distintas deficiencias.

Este planteamiento condujo a profundizar la revisión bibliográfica y el estado de la cuestión para realizar los ajustes en los antecedentes y perspectiva teórica que resultaran necesarios para la construcción de un marco teórico-metodológico pertinente para estudiar el problema, formulándose la pregunta guía del siguiente modo:

¿Cómo construyen las representaciones sociales acerca de la certificación de la discapacidad las personas con deficiencias, los profesionales de la salud, los medios gráficos y digitales de comunicación?

Se plantearon como interrogantes investigativos:

1. ¿Existen diferencias en la percepción y construcción de las RS acerca del CUD entre las personas con deficiencias de nacimiento y las personas con deficiencias adquiridas?
2. ¿Cómo se percibe a sí misma la persona con discapacidad que certifica o no su discapacidad? ¿Qué expectativas tiene en relación a la certificación?
3. ¿De qué modo el certificado de discapacidad se vincula con la identidad social?
4. ¿Cuáles son las razones más importantes que motivan a los profesionales de la salud a orientar a las personas con discapacidad a que soliciten el certificado de discapacidad?
5. ¿Cómo consideran los profesionales de la salud a la certificación de la discapacidad y a la relación con el autoconcepto de las personas con discapacidad que lo solicitan?
6. ¿Cómo los medios gráficos y digitales informan sobre el tema del certificado de discapacidad?

OBJETIVO GENERAL

- Explorar y describir las RS acerca de la Certificación de la Discapacidad de las personas con discapacidad de nacimiento y con discapacidad adquirida -con o sin certificado-, de los profesionales de la salud relacionados con su atención y de los medios de comunicación (gráficos y digitales) pertenecientes a RMBA.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Distinguir las RS acerca de la Certificación de la Discapacidad en las personas con discapacidad, tanto de nacimiento como adquiridas, con o sin certificación.
- Identificar en las RS acerca de la Certificación de la Discapacidad la eventual membresía de las personas con discapacidad.

- Indagar las RS acerca de la Certificación de la Discapacidad en los profesionales pertenecientes a equipos de salud que atienden a personas con deficiencia y orientan dicha certificación.

- Analizar las RS que circulan en los medios gráficos y digitales de comunicación sobre la Certificación de la Discapacidad.

FORMULACIÓN Y REFORMULACIÓN DE IDEAS PREVIAS E HIPÓTESIS

Dado que la metodología que se administra –predominantemente cualitativa- no requiere de formulación de hipótesis a ser corroboradas o refutadas, se plantearon una serie de ideas previas o relaciones supuestas entre los factores planteados, como punto de partida para planificar este diseño de investigación, que podían devenir en hipótesis de trabajo cualitativas. Estas fueron:

1. Las RS de la Certificación de la Discapacidad de las personas con deficiencia de nacimiento son distintas a las RS de las personas con deficiencia adquirida en cuanto a la percepción de las limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación.

2. Las personas con deficiencia adquirida con Certificación de la Discapacidad no se adscriben a un colectivo definido por discapacidad como lo hacen aquellas que presentan discapacidades de nacimiento.

3. La actitud favorable hacia la Certificación de la Discapacidad por parte de los profesionales de la salud incide en la solicitud de la certificación en las personas con deficiencia bajo su orientación y/o atención.

4. La información que circula en los medios gráficos y digitales de comunicación sobre la certificación de la discapacidad promueve la solicitud de la misma.

Luego del análisis de los datos de la primera etapa de campo, la distinción temporal de nacimiento o adquirida, no fue considerada relevante en función de los objetivos del presente estudio.

A partir de la primera etapa de campo, se construye la primera hipótesis de trabajo, la que, en una segunda etapa, es reformulada, resultando atinente distinguir la capacidad de autodeterminación y especificar a qué tipo de derecho se refiere:

La Representación social de la certificación de la discapacidad es habilitadora cuando es experimentada como decisión por las personas adultas con deficiencias como herramienta de acceso a derechos que facilitan la inclusión en la vida cotidiana, promovida por los profesionales de la salud que orientan a dicha certificación, junto a la información que los medios gráficos y digitales brindan en tal sentido.

RELEVANCIA DEL PROYECTO

La relevancia de este estudio tendrá -desde la perspectiva de la autora de esta tesis- implicancias en tres niveles: individual, grupal y macrosocial (Catalayud, 1997).

El primer nivel, intentará brindar comprensión acerca de las significaciones en torno a las deficiencias, limitaciones en la actividad y /o restricciones en la participación que experimentan algunas personas en interacción con los factores sociales; los que podrían motivar su certificación o no como personas con discapacidad y el uso de dicha certificación en la vida cotidiana, distinguiendo la vivencia y la experiencia de la situación de discapacidad.

El segundo nivel busca ampliar la perspectiva de los grupos de personas con discapacidad respecto a su implicación en la Certificación de la Discapacidad, como la de los profesionales de la salud (PS) que participan en la evaluación, orientación y tratamiento de personas adultas que presentan deficiencias de diversa magnitud.

A nivel macrosocial, el tercero procura la identificación de los determinantes de la salud (Catalayud, 1997) o las racionalidades puestas en juego (Montero, 2006; Lapalma, 2001), en ocasión de la Certificación de la Discapacidad y el tipo de interrelación que mantienen con el sujeto como portador de esos determinantes.

Se estima la transferibilidad de los resultados de la presente investigación al campo disciplinario (Psicología Social, Psicología de la Discapacidad, Psicología Comunitaria, Psicología de la Salud y Psicología Clínica) e interdisciplinario (Antropología, Derecho, Medicina y Sociología).

EL PLAN DE DESARROLLO DE LA TESIS

El desarrollo que se va a seguir en la presentación de esta tesis será el siguiente:

La Primera Parte consta de cinco capítulos.

La introducción se ocupa del problema a investigar, explicita los motivos y la relevancia del mismo.

Los cuatro capítulos subsiguientes brindan el marco teórico conceptual al presente estudio, mientras que el quinto capítulo detalla el enfoque metodológico.

El primero trata sobre los antecedentes y la contextualización del Certificado Único de Discapacidad -CUD- en la Argentina, condiciones de producción que resultan fundamentales en el marco de las RS. Asimismo, se exponen los modelos que sustentan su aplicación, los alcances y limitaciones que presentan. También se incorporan las definiciones del marco conceptual CIF en lo atinente al proceso del funcionamiento –discapacidad (Ver Anexo I - Glosario).

El segundo capítulo presenta la lucha de RS entre las denominaciones y autodenominaciones que se entretajan alrededor de la discapacidad en el escenario social y en ocasión de la Certificación de la Discapacidad.

El tercero expone el estado del arte y el recorrido de la revisión bibliográfica que permitió concluir que la teoría de las RS era el marco teórico metodológico pertinente para este estudio.

El cuarto capítulo trata sobre la discapacidad clasificada y certificada como objeto de la representación social. Este capítulo busca articular el proceso de generación y funcionamiento de la RS acerca del CUD con los tipos y las funciones que propone la teoría de las RS a partir de los aportes de las corrientes

más importantes europeas: Serge Moscovici, Denisse Jodelet, Jean Claude Abric, Willem Doise, Ivana Marková y las investigaciones más recientes sobre representaciones sociales acerca de la discapacidad.

El quinto capítulo plantea la situación del problema epistémico en que se encuentra la presente investigación, los métodos y procedimientos utilizados. Por tratarse de un enfoque predominante cualitativo, esta tesis se basa en una gran cantidad de material textual, ya sea de entrevistas, observaciones y documentos. Por su extensión no se han incluido en los Anexos.⁷

La segunda parte consta de tres capítulos.

El sexto capítulo presenta la elaboración de los resultados. Estos últimos subdivididos en dos de acuerdo a la etapa de inmersión al campo: un primer análisis descriptivo de las tres fuentes de información y un segundo análisis de contenido con la triangulación de las distintas fuentes de información y técnicas aplicadas.

Finalmente, en el capítulo séptimo y en el capítulo octavo se expone la discusión de los resultados obtenidos y las conclusiones respectivamente, donde se evalúan si los objetivos del presente estudio se han cumplido, proponiendo los estudios futuros.

Por último, se presentan las referencias bibliográficas y los Anexos.

CAPITULO I. ACERCA DEL CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, HOY CUD

El presente capítulo presenta los antecedentes y la contextualización del Certificado Único de Discapacidad -CUD- en la Argentina, condiciones de producción que resultan fundamentales en el marco de las RS. Asimismo, se presentan los modelos que sustentan su aplicación, los alcances y limitaciones que presenta.

El inicio

La Secretaría de Estado de Salud Pública certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicha Secretaría de Estado indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar. El certificado que se expida acreditará plenamente la discapacidad en todos los supuestos en que sea necesario invocarla, salvo lo dispuesto en el artículo 19 de la presente ley.⁸

Artículo. 3° - Capítulo I- Ley N ° 22.431/81

Si bien se podía iniciar con el texto actualizado de la norma, se estima importante recordar los orígenes de la certificación en el marco de una ley que fue sancionada por un presidente de un Gobierno de Facto durante el denominado Proceso de Reorganización Nacional. El establecimiento de esta ley -y los derechos que trajo aparejados- resulta paradójal en un contexto de violación de los derechos humanos, pero quizás la paradoja pueda ser comprendida si se supiera que entre aquellos firmantes -miembros de la Junta Militar- había, entre sus familiares, personas con discapacidad.

Se relatan estos hechos con el fin de enfatizar, y como uno de los tantos ejemplos posibles, un largo camino de treinta y seis años que se ha recorrido en la Argentina desde la aparición por primera vez de la certificación de la discapacidad, como un instrumento legal dentro del marco de la denominada ley madre -Ley N ° 22.431- acerca del “Sistema de protección integral de los discapacitados”⁹. Bajo la justificación de un diagnóstico médico y un certificado

legal, la discapacidad emerge como un problema individual y objetivo (De Iudicibus, 2006).

Durante este largo recorrido, la certificación atraviesa distintos momentos históricos nacionales e internacionales respecto al abordaje y comprensión de la discapacidad, contextualización que debe tenerse en cuenta para su adecuada lectura y análisis. Fundamentalmente, se pueden distinguir dos momentos importantes respecto al proceso de certificación de la discapacidad: el primero, la generación de la CIDDM, en 1980, y el segundo, a partir de la generación de la CIF, en 2001 (Cortés Reyes, Moreno Angarita, Cárdenas Jiménez, Zaret Mena Ortiz & Giraldo Rátiva, 2013), ya que cada clasificación se basa en un paradigma distinto.

Los términos que expresan en el enunciado del citado artículo donde se establece el certificado de la discapacidad en la Argentina están en concordancia con la primera clasificación de discapacidades que desarrolla la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980).

Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías, CIDDM

En la década del 80, la CIDDM representó un modelo superador a la visión exclusivamente médica, circunscripta a la enfermedad y sus orígenes biológicos. Uno de los aspectos importantes de esta clasificación fue que intentó ir más allá del proceso de enfermedad y clasificar las consecuencias que esta deja en el individuo, tanto en su propio cuerpo, como en su persona y en su relación con la sociedad (Egea & Sarabia, 2001).

Esta primera clasificación se orientaba a entender el fenómeno de la discapacidad, en términos generales, desde las consecuencias de la enfermedad, enfocadas hacia tres aspectos negativos o de restricción:

1) la deficiencia (*impairment*), que se presenta como la exteriorización directa de las consecuencias de la enfermedad y se manifiesta tanto en los órganos del cuerpo como en las funciones (incluidas las psicológicas).

2) la discapacidad (*disability*), entendida como la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades en los términos considerados normales para cualquier sujeto de sus características (edad, sexo).

3) la minusvalía (*handicap*), entendida como situaciones desventajosas, derivadas de deficiencias o discapacidades, que limitan o impiden participar o desempeñar roles sociales en niveles considerados normales (en función de su edad o factores sociales y culturales).

Todas estas definiciones estaban comprendidas bajo el paradigma de la normalización, donde el criterio de “lo más normal posible” enmarcó los primeros abordajes de integración para personas con discapacidad en distintos ámbitos: educativo, rehabilitación, laboral, etc. (Figari & Figari, 2004b). Del mismo modo Mareño Sempertegui (2012) sostiene que las definiciones sustentadas en diversas concepciones “han conferido y confieren fundamento en la legislación vigente, las políticas e intervenciones sociales del Estado [...] prácticas profesionales y actitudes sociales en general” (p.137).

En tal sentido, Navarro (2015) señala que la perspectiva conceptual que subyacía en las legislaciones que habilitaban las primeras Juntas de Evaluación y certificación como Juntas médicas respondían a un ideal rehabilitador y normalizador bajo el modelo médico hegemónico y, en que algunos casos, dicha práctica se extendió, como sucedió en CABA. La citada autora postula que “la supremacía del médico se relaciona con el poder que el Estado le confiere [...] para cimentar la categoría de la discapacidad” (citado en Herrera Venturini & Medina, 2017, p. 30).



Figura 1. Enfermedad no siempre significa discapacidad.

Fuente: S. Katz, comunicación personal, 28 de julio de 2017.

Se observa que la tensión entre enfermedad y discapacidad en ocasión de la certificación existía en la década del 90, como bien lo demuestran estos afiches del Programa Provincial de Rehabilitación del Ministerio de Salud de la Provincia de Bs. As.

A través de los años de la aplicación de esta clasificación, comienzan las PcD -a nivel internacional- a manifestar su preocupación con algunas definiciones que figuraban en la clasificación y la connotación negativa que implicaba (como por ejemplo, el término minusvalía), señalando que podían aún considerarse de carácter demasiado médico y centrado en el individuo, y que no expresaban suficientemente la relación recíproca entre las condiciones sociales y las capacidades de la persona (Esquivel & Figari, 2005; Figari & Figari, 2004a). Por esta razón, la OMS decidió someter esta clasificación a una reformulación conceptual radical -con un enfoque biopsicosocial- que se expresó en una nueva CIDDM, llamada CIDDM-2, que en su versión beta 2 puso a disposición de los interesados de la comunidad internacional, a la espera de comentarios o sugerencias que fueron tenidos en cuenta en el texto definitivo de la nueva clasificación, aprobada en el año 2001 por 191 países¹⁰.

Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud-CIF

La última versión de esta nueva clasificación, ya no habla de "Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías", ni siquiera de "Clasificación Internacional de Deficiencias, Actividades y Participación", sino "Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud". Cabe destacar que el propio título de la nueva Clasificación ya implica una declaración de intenciones (Figari & Figari, 2004a). Puede observarse que no se enuncian tres niveles de consecuencias de la enfermedad, sino que se habla de un funcionamiento (como término genérico para designar todas las funciones y estructuras corporales, la capacidad de desarrollar actividades y la posibilidad de participación social del ser humano), discapacidad (de igual manera, como término genérico que recoge las deficiencias en las funciones y estructuras corporales, las limitaciones en la capacidad de llevar a cabo actividades y las restricciones en la participación social del ser humano) y salud (como el elemento clave que relaciona a los dos anteriores).

A diferencia de la CIDDDM que comprendía la discapacidad desde la "consecuencias de la enfermedad", la CIF pasa a ser una "clasificación de componentes de salud" donde el continuo funcionamiento-discapacidad se inscribe. La condición de salud contempla aspectos positivos (integridad funcional y/o estructural, actividades y participación) y aspectos negativos (deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) que se encuentra en interacción dinámica con factores contextuales (ambientales y personales). También introduce dos calificadores en los factores ambientales, facilitadores y barreras, que fueran incorporados rápidamente por las PcD y los profesionales para describir el efecto de los factores ambientales en el desempeño de una persona en la vida cotidiana.

La CIF, desde los comienzos de su elaboración, se pronuncia por un enfoque biopsicosocial y ecológico, superando la perspectiva biomédica imperante hasta el momento (Egea & Sarabia, 2003). Según Cortés Reyes et al. (2013), la tridimensionalidad del concepto de salud coincide con el enfoque

biopsicosocial de la discapacidad propuesto por la CIF, lo que confirma que la discapacidad es una situación dinámica, relacional e interactiva cuya naturaleza y magnitud dependerán de las condiciones del entorno. Su objetivo es describir la condición de salud de un individuo en interacción dinámica con los factores contextuales y no clasificar individuos, objetivo que es importante destacar dado el cambio que imprime e intenta alcanzar.

No obstante, es importante reconocer el solapamiento existente entre la CIE-10 y la CIF. Ambas clasificaciones comienzan por los sistemas corporales. Las deficiencias hacen referencias a las estructuras y funciones corporales, que habitualmente forman parte del “proceso de enfermedad” y por lo tanto también se utilizan en el CIE-10.

La diferencia radica en que el sistema CIE-10 utiliza las deficiencias (tales como signos y síntomas) como partes de un conjunto que configura una “enfermedad” o, en ocasiones, como razones para contactar con los servicios de salud, mientras que el sistema CIF utiliza las deficiencias como problemas de las funciones y las estructuras corporales asociados con las condiciones de salud (CIF, 2001, p.4).

Desde esta perspectiva, se entienden las controversias planteadas por algunos investigadores (Ferreira, 2010; Rodríguez Díaz & Ferreira, 2010; Rosato & Angelino, 2009) ante este nuevo término “condición de salud”, el cual asocian a un criterio de normalidad que las definiciones de la CIDDM (1980) proponían. Así, Rodríguez Díaz y Ferreira (2010) afirman que “la CIF expresa la vigencia actual del modelo médico-rehabilitador” (p. 300). No obstante, cabe mencionar que el concepto propuesto por la CIF expresa aspectos positivos y negativos del proceso del funcionamiento-discapacidad universal y no de un grupo específico.

Por otro lado, también cabe señalar que, en nuestro país, la aplicación conjunta con el CIE-10 en la evaluación para la certificación de la discapacidad, junto a la solicitud de estudios e informes médicos requeridos (SNR, 2015), en ocasiones refleja que el enfoque médico mantiene su predominio ante el enfoque biopsicosocial que propone la CIF.

Certificado único de Discapacidad

En el 2001, se establece un nuevo nombre para el certificado de discapacidad, Certificado Único de Discapacidad-CUD¹¹ (Ley N °25.504), el que, junto a los alcances a nivel nacional, permite unificar criterios en lo que respecta a la certificación de la discapacidad (Cortés Reyes et al., 2013; SNR, s. f.).

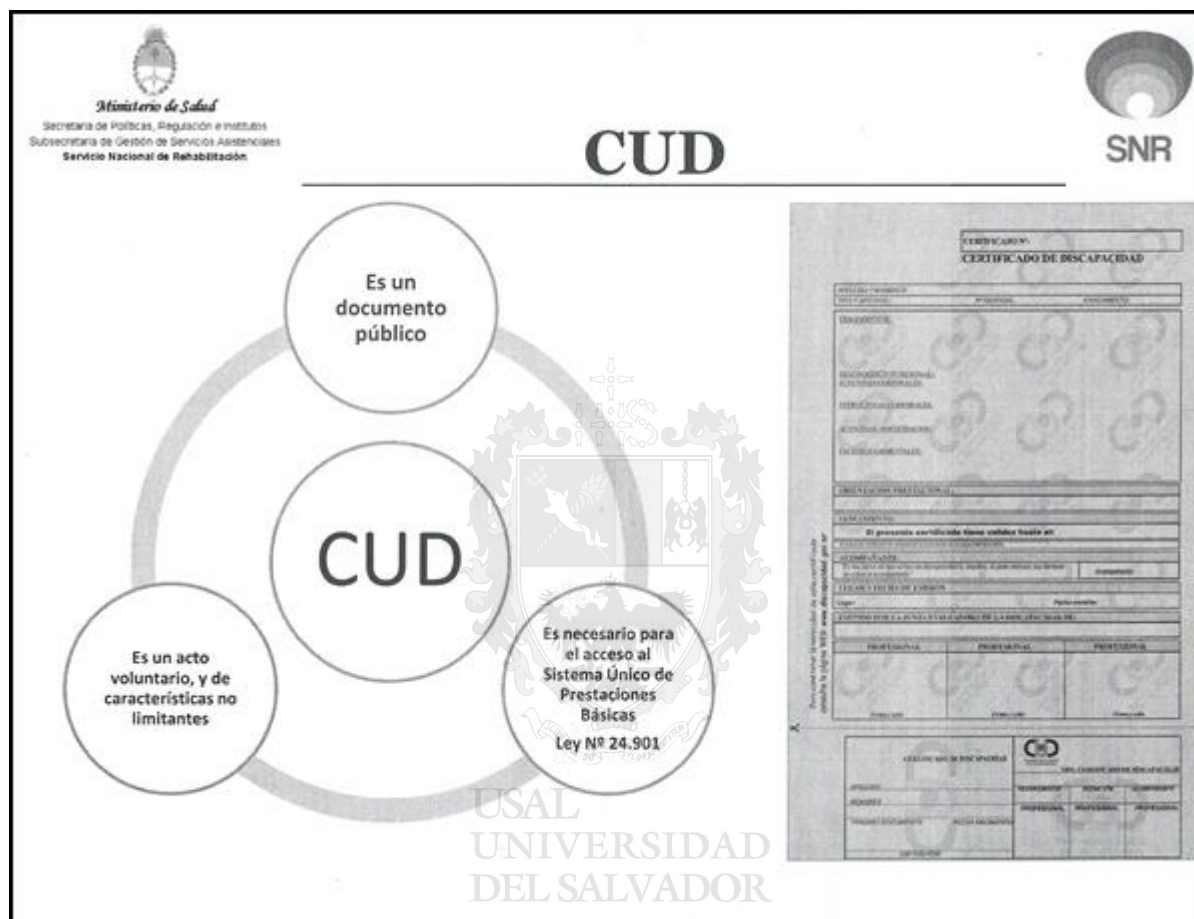


Figura 2. Certificado único de discapacidad.

Fuente: Dto. Evaluación y Valoración de la Discapacidad. SNR (agosto, 2016)
http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/JUE/JUE%20Benitez_certif%20de%20discapacidad.pdf

El Certificado Único de Discapacidad –CUD- es un documento público de validez nacional emitido por una Junta evaluadora interdisciplinaria que certifica la discapacidad de la persona a partir de un certificado médico original con diagnóstico completo, secuela y tratamiento realizado con firma y sello del médico y con una fecha cuya antigüedad no sea mayor a los seis meses, al que se adjuntan estudios médicos complementarios e informes del equipo tratante en caso de ser necesario, así como planilla completada por el médico tratante,

según el tipo de caso de acuerdo a la legislación vigente (SNR, 2015). También se solicitan los certificados de discapacidad vencidos o próximos a vencer (Gob. CABA, s.f.). A pesar de la gran cantidad de informes médicos solicitados, cabe destacar que la Junta evaluadora es interdisciplinaria –modalidad claramente enunciada- conformada generalmente por profesionales médicos, psicólogos y trabajadores sociales, siendo su función valorar el perfil de funcionamiento de una persona con una determinada condición de salud¹² (Herrera Venturini & Medina, 2017; Navarro, 2015). Asimismo, que es el Servicio Nacional de Rehabilitación – SNR- el organismo responsable de la confección y publicación de las normativas de evaluación y certificación de discapacidad, la capacitación a las juntas evaluadoras del país y auditar el funcionamiento de las Juntas provinciales en lo atiente al CUD (SNR, s.f.).

En el año 2009¹³, el Ministerio de Salud de la Argentina aprueba el Modelo del Certificado Único de Discapacidad y el protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad bajo la herramienta vigente a nivel internacional: la CIF. De este modo, la Argentina se convierte en uno de los países pioneros en la región en la evaluación de la certificación de la discapacidad bajo la clasificación CIF.

Dos años previos a este lanzamiento, el SNR implementó un programa de sensibilización y capacitación destinado a las Juntas Evaluadoras y público en general de todo el país (Revirol, 2014). No obstante, la implementación del Certificado Único de Discapacidad se fue dando de manera gradual en todo el país, debido a las características propias de una política descentralizada. Ejemplo de ello es que una de las localidades que más tarde incorporó este marco de evaluación fue CABA. Según el SNR, “la incorporación de CABA a la certificación del CUD en junio de 2015 se relaciona directamente con el crecimiento exponencial del CUD en los últimos años” (SNR, 2016, p.22).

Otro dato significativo que arroja la caracterización sociodemográfica del SNR en función de este estudio, es que “el 50 % de los certificados de discapacidad emitidos a nivel nacional pertenecen mayormente a Provincia de Bs. As., seguido por CABA” (SNR, 2016, p.26).

Cabe destacar que, en el mismo año, el SNR incorpora normativa complementaria al protocolo de evaluación y certificación. Esta normativa reformula las “líneas de corte” para establecer la certificación de discapacidad y las categorías de discapacidad, distinguiendo la deficiencia mental de la deficiencia intelectual, la discapacidad física de origen motor y la de origen visceral y la discapacidad sensorial, de origen visual y de origen auditivo¹⁴. Cada una de las normativas expresan claramente que la sola presencia de una determinada condición de salud no implica la discapacidad, sino que son las secuelas (entendidas como aquellas que surgen a partir del momento en que no se puede resolver las consecuencias o complicaciones de un problema de salud, finalizando un proceso de rehabilitación en los casos que sea necesario) las que dificultan y limitan su actividad en la vida diaria, comparándola con la manera que se espera que la realice una persona sin esa condición de salud en su contexto (SNR, 2015). Este cambio en la normativa y su aplicación, se observará en los intercambios en las redes sociales relevados en los medios digitales de comunicación, en el periodo analizado para el presente estudio (último semestre de 2015 - primer semestre del 2016).

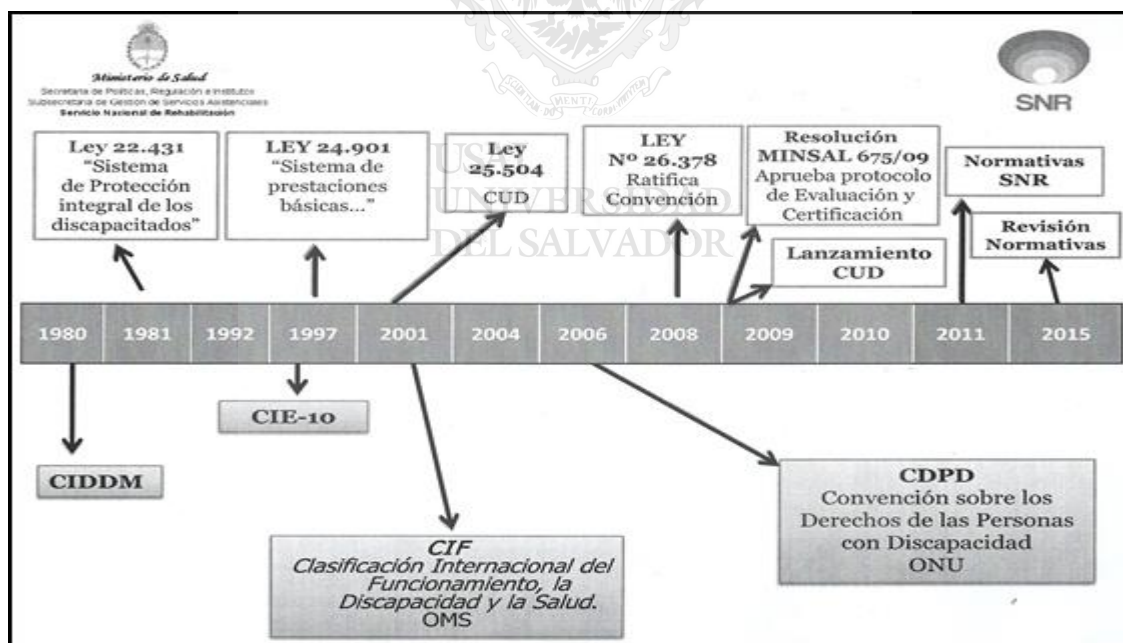


Figura 3. Línea del tiempo del certificado de discapacidad.

Fuente: Dto. Evaluación y Valoración de la Discapacidad. SNR (agosto, 2016)
http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/JUE/JUE%20Benitez_certif%20de%20discapacidad.pdf

Cortés Reyes et al. (2013), en una exhaustiva investigación internacional sobre el estado del arte del certificado de discapacidad, identifican que dicha certificación de discapacidad es un mecanismo que surge de un andamiaje complejo basado en un sistema político, un sistema de la seguridad social y un modelo explicativo de la discapacidad. En tal contexto, proponen una definición conceptual y operativa acerca del certificado de discapacidad que sintetiza los componentes más relevantes bajo el modelo biopsicosocial:

Un proceso para identificar las deficiencias corporales que al interactuar con las barreras del entorno llevan a que una persona presente discapacidad. El resultado de este proceso se materializa en la generación y entrega a la persona de un documento público en el cual el Estado hace constar la existencia de dicha condición. Este documento se convierte en una herramienta legítima y práctica que le facilita al ciudadano exigir sus derechos y acceder a servicios y beneficios generales y específicos, y al Estado la identificación de necesidades, la canalización de las personas hacia los programas pertinentes y la focalización y entrega de los apoyos necesarios (pp.69-70).

Alcances y limitaciones

“El trámite es gratuito y voluntario” (SNR, s.f.), como bien lo expresa la página Web del citado organismo bajo el título “Lo que tengo que saber sobre el trámite”, junto a la enunciación de los derechos a los que se accede con su otorgamiento: salud, transporte, símbolo internacional de acceso, régimen de asignaciones familiares y turismo accesible entre otros. A través de la certificación de la discapacidad, el poseedor de tal documento contará con beneficios primarios y secundarios conforme a lo estipulado por leyes nacionales (Esquivel & Figari, 2005; Herrera Venturini & Medina, 2017; Navarro, 2015; Vallejos, 2009).

En este recorrido, desde los orígenes de la certificación y los distintos marcos conceptuales donde se basa la aplicación de la certificación, se estima que hay un punto de inflexión en la Argentina para la solicitud de este trámite, que es cuando se establece la población beneficiaria del sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad (Ley N°24.901/97).

Uno de sus artículos expresa que la discapacidad se acreditará bajo la certificación¹⁵, transformándola en la puerta de acceso a este sistema de “cobertura integral a sus necesidades y requerimientos”; que comprende prestaciones básicas, servicios específicos, sistemas alternativos al grupo familiar y prestaciones complementarias (Esquivel & Figari, 2005).

A los fines del presente estudio, se destaca que ninguna de las resoluciones¹⁶, propuestas posteriores a la citada ley, modifican el rol del Certificado de Discapacidad como puerta de acceso al sistema que, progresivamente, comienza a cobrar una relevancia creciente dentro de la población pausable de acreditar esta condición, dado el requisito de las Obras Sociales y todos aquellos organismos alcanzados por la ley N°24.901 para brindar cobertura.

Cortés Reyes et al. (2013) plantean que un amplio número de países desarrollados y en vías de desarrollo certifican la discapacidad de sus ciudadanos, con diferentes propósitos. Analizando los beneficios a los que se accede a partir de la obtención del CUD que esta exhaustiva investigación brinda, se observa que existen diferencias significativas entre los distintos países respecto a la cantidad y tipo de beneficios a los que se puede acceder.

Cabe mencionar la modalidad de la certificación de la discapacidad en el Reino Unido -no contemplada en la investigación anteriormente citada- donde los beneficios se otorgan de acuerdo al tipo de limitación corporal (funcional y estructural) que presente la persona, de tal modo que existen diversos certificados para tramitar los apoyos necesarios según la página Web (<https://www.gov.uk/browse/disabilities/benefits>). En nuestro país, la obtención del certificado “único” de discapacidad posibilita el acceso a casi la totalidad de beneficios a toda aquella persona que acredite su condición de discapacidad, sin distinción de tipo de limitación; a excepción de la cobertura del 100% en medicamentos que es restrictivo al tipo de discapacidad.

El listado que se enumera a continuación no agota los beneficios a los que se puede acceder, tanto a nivel nacional como provincial; haciendo la salvedad de que el acceso a estos beneficios dependerá tanto de la oferta

existente localmente como, en otros casos, del nivel socioeconómico de la PcD (por ejemplo, adquisición de un auto):

- 100 % en cobertura de medicamentos, estudios de diagnóstico y prestaciones básicas (Ley 24.901)
- Gratuidad en todo tipo de transporte terrestre (decretos N° 38/04 y N° 118/06) y acompañante en caso de corresponder.
- Libre tránsito y estacionamiento del automóvil en el que se desplace.
- Exención de pago de patente y peaje.
- Franquicia para adquirir un auto nacional sin pagar IVA o importado sin pagar.
- Reducción de impuestos municipales o servicios de gas y luz.
- Asignación familiar por hijo de discapacitado.
- Cupo Laboral Obligatorio del 4%, ley N° 25.689 del Estado Nacional, entes descentralizados, empresas que presten servicios públicos privatizados, entes públicos no estatales y, en la Ciudad de Buenos Aires, el cupo se eleva al 5 % (siempre a igualdad de curriculum e idoneidad para el cargo hasta completar el cupo).
- Turismo accesible.
- Becas universitarias.
- Acceso a espectáculos artísticos y deportivos.

El “valor social” de la certificación de la minusvalía -denominación bajo la clasificación anterior, CIDDM- fue planteada hace casi ya dos décadas por Barrancos Expósito (1999), quien señalara que este valor social “ha ido creciendo al amparo de los cambios positivos en materia de política social” (p. 2). En tal sentido, Vallejos (2012) plantea que “el certificado que otorga derechos se constituye en un capital que permite fortalecer una inscripción relacional, aunque a costa de la estigmatización” (p. 206). Por otro lado, Olivera (2001) expresa que

“pese a la tendencia mundial de no estigmatización, la importancia de la acreditación de la discapacidad reside en los beneficios comprendidos en la legislación vigente relacionados con diversos aspectos de importancia para la persona con discapacidad” (p. 85).

Este aspecto negativo de la estigmatización, también es señalado por Cortés Reyes et al. (2013), quienes señalan la rotulación social, como “acto simbólico pre formativo que interpela a la identidad de las personas” (p. 81). Asimismo, agregan otros aspectos negativos, tales como “la medicalización de la condición de discapacidad, la graduación de la discapacidad, la exclusión social que podría generar esta certificación a las PCD y el incumplimiento de las leyes para las PcD” (p. 79-84).

En tal sentido, la ilustración gráfica que circuló por las redes sociales (comunicación personal, junio 13, 2017) ante la suspensión de algunas pensiones de discapacidad, da cuenta de este aspecto.



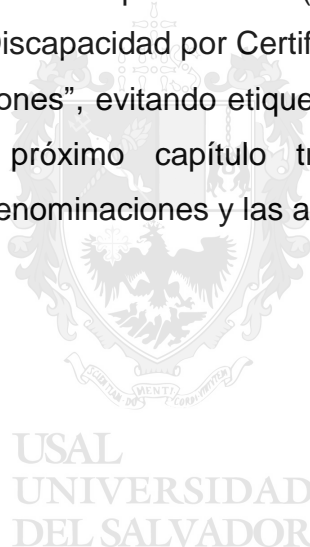
Figura 4. La discapacidad existe, no por leyes

Fuente: comunicación personal (junio 13, 2017)

En tanto el certificado es un instrumento al servicio de la focalización de la política en materia de discapacidad, Vallejos (2012) plantea que “el enfoque de derechos ofrece una alternativa superadora a esa tensión entre la

universalidad y la focalización”. Señala que, al asumir la perspectiva de los derechos humanos y la ciudadanía, es un “documento que abre puertas” (p.201). No obstante, se estima que la tensión entre la universalidad y la focalización persiste en el punto donde la singularidad del apoyo que requiere cada persona, por su singular situación de discapacidad, se diluye en una prestación universal que no siempre alcanza a brindar la respuesta necesaria. Prueba de ello, las leyes que en los últimos años se generaron en Argentina para condiciones específicas de salud, tales como para personas trasplantadas, personas con diabetes y celíacas, entre otras.

Los debates acerca de qué, cómo y a quiénes comprende o debería comprender el CUD persisten. De tal modo que hace tres años existió una propuesta en un blog de peticiones por internet (Contente, 2015) de cambiar el nombre del "Certificado de Discapacidad por Certificado de Accesibilidad para ser usado por todos, sin limitaciones”, evitando etiquetas y estigmatizaciones bajo el nombre discapacidad. El próximo capítulo tratará sobre esta lucha de representaciones entre las denominaciones y las autodenominaciones.



CAPITULO II. LUCHA DE REPRESENTACIONES: ENTRE LAS DENOMINACIONES Y LAS AUTODENOMINACIONES

*Al clasificar lo que está desclasificado,
nombrar lo que no se puede nombrar,
somos capaces de imaginarlo y representarlo.”
Moscovici, 2000¹⁷*

Un sinfín de nombres se ha utilizado para nombrar a las personas con discapacidad a lo largo de la historia. Ciego, sordo, mudo, rengo, cojo, lisiado, enano, loco, insano, idiota, débil, minusválido, imbécil y morón son solo algunos de los tantos nombres que han recibido. Adjetivación que cuando se sustantiviza (Soto Builes & Vasco, 2008), y pasa a ser el único nombre posible, puede cobrar un peso importante en la trayectoria vital de una persona.

Amparados en diversos marcos normativos nacionales e internacionales producidos en las tres últimas décadas y asociadas al ámbito legislativo, de salud o de educación, aparecen nuevas denominaciones tales como “discapacitado”(Ley N ° 24.431/80), “persona con necesidades educativas especiales” (Warnock, 1987), “personas con capacidades diferentes” (Pantano, 1987), “personas con limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación”¹⁸ (OMS, 2001-2007), “persona con discapacidad” o “persona en situación de discapacidad” (ONU, 2006) y, hasta la última definición que circula, - sin encuadre normativo aún- “personas con diversidad funcional” (Brognia, 2012; Ferreira, 2010; Rodríguez Díaz & Ferreira, 2010; Romanach & Lobato, 2005).

Este largo recorrido de términos en las últimas décadas demuestra no solo la evolución del concepto bajo los paradigmas vigentes sino también la dificultad para encontrar un nombre que alcance para definir, describir una determinada condición de salud sin que conlleve una connotación negativa, que pueda afectar el autoconcepto o que facilite que su enunciación concluya en situaciones de discriminación en los distintos ámbitos de la vida cotidiana. En tal sentido, Moscovici (2000) refiere que “categorizar a alguien o a algo equivale a elegir un paradigma alojado en nuestra memoria y establecer una relación positiva o negativa con él” (p. 43)¹⁹.

Esta tensión entre los nombres posibles subsiste en muchos casos, dado que los mismos se fueron incorporando en legislaciones y así fueron apropiados por las personas con discapacidad, los profesionales y los medios de comunicación (De Iducibus, 2006; Mareño Sempertegui, 2012). A veces, sin medir sus alcances y, en otras, impulsando una modificación del término para que sea lo menos estigmatizante posible.

Antes de iniciar un breve recorrido por las más recientes denominaciones y sus implicancias, se estima importante realizar una distinción conceptual entre los distintos términos provenientes de la lengua anglosajona que hacen referencia a la enfermedad, entendiendo que, hasta 1980, la discapacidad era comprendida como enfermedad y que aún hoy, más allá de la aparición de otro modo de comprensión de la discapacidad como situación dinámica e interrelacional propuesta por la CIF, persisten o conviven ambas concepciones. Muestra de ello es que en el certificado único de discapacidad de Argentina - objeto de este estudio- figura descriptivamente el diagnóstico de la enfermedad bajo evaluación del CIE-10, junto a la descripción de la condición de discapacidad y factores contextuales bajo los códigos alfanuméricos correspondientes a la evaluación CIF. Esta situación genera, en muchas ocasiones, que la propia persona identifique su discapacidad con su diagnóstico de enfermedad, aunque esta enfermedad no provoque limitación alguna o significativa para la vida cotidiana.

Los distintos significados del término enfermedad

En la lengua anglosajona el término enfermedad puede ser expresado de diversos modos (*illness, disease, sickrole & sickness*), pero cada una de estas palabras conlleva una connotación distinta que es interesante revisar a los fines de este estudio.

Según Hellman (1981), *disease* hace referencia a las anormalidades en las funciones y estructuras corporales. Bajo el modelo médico, se lo vincula a la patología en contraposición a la salud y a un patrón de normalidad. En muchos casos, la normalidad puede ser definida según parámetros físicos y bioquímicos, tales como peso, altura, presión sanguínea, entre otros. El modelo de la

enfermedad –*disease*– no contempla factores personales, culturales ni sociales. Claramente, este término está asociado a los parámetros biomédicos del par normalidad-anormalidad que tantos investigadores (Broyna, 2006; De Iudicibus, 2006; Ferreira y Ferrante, 2008, 2011; Rosato y Angelino, 2009 y Vallejos, 2009, 2010) destacan respecto al significado que conlleva el acto de certificar en términos de Foucault.

Por otro lado, Cassell (1978) distingue el *illness* como la respuesta subjetiva del paciente a su malestar, a cómo él y su entorno dan significado a lo que le pasa, cómo esto afecta a su comportamiento y a sus relaciones con los demás y los pasos que sigue para solucionar su problema.

Illness representa la perspectiva del paciente ante su proceso de salud y enfermedad (Singer, 2004). Desde la Antropología Social, autores como Cortizo y Guilligan (2014) traducen este término como padecimiento, denominación que cobra relevancia en nuestro país a partir de su incorporación en la normativa legal vigente referida a la salud mental²⁰. El padecimiento engloba condiciones, tales como factores sociales, culturales y rasgos de personalidad, en similar modo a lo descrito por Fox (1978) respecto al término *illness*.

Conrad y Schneider (1992) plantean, desde una perspectiva sociológica, que *illness* y *disease* “son construcciones humanas, que no existen si alguien no las propone, describe y reconoce. Hay procesos que en una actitud de sentido común llamamos *disease*, pero que no constituye a priori *disease*” (p.30). Estos autores dan cuenta del uso indistinto de estos dos términos, sin tomar en consideración los alcances de cada uno de ellos.

Por otro lado, el término *sickrole* propuesto por “Parsons (1951) agrega otro elemento interesante a considerar: la condición social de estar enfermo” (citado por De los Santos Roig, 2009, p.3). Herzlich y Pierret (1988) refieren que “ser un enfermo no designa solamente un estado biológico, sino también la pertenencia a un status” (p.24). Así, continúan afirmando: “la concepción del enfermo sobre su enfermedad es también la concepción en su relación con los otros y con la sociedad en su conjunto” (p. 29). En tal sentido, Kaplan (s.f.) señala que, desde el modelo médico, la persona con discapacidad está en el papel de

enfermo (*sickrole*) y que cuando las personas están enfermas se las excusa de sus obligaciones²¹, considerándolo exclusivamente como un problema de salud. Sin dejar de considerar los problemas que acontecen en un cuerpo dentro del proceso de salud-enfermedad y que pueden afectar en mayor o menor medida el desempeño en la vida cotidiana de las personas sin distinción, se estima importante destacar este aspecto social en lo atinente a la “pertenencia a un status” de las PcD.

Desde otra perspectiva, Scheper-Hughes y Lock (1987) proponen el concepto *signess*, el cual comprende el proceso histórico social del cuerpo, la inscripción social del sujeto con que logra articular las prácticas sociales y la realidad biológica. En tal sentido, De Iudicibus (2006) señala cómo ese cuerpo “construido social e históricamente adquiere un sentido particular en cada tiempo y en cada lugar” (p. 25).

Considerando estos dos últimos conceptos, se observa a través de este estudio, lo que se podría denominar como el “rol de la persona con discapacidad”. Este rol parte del acceso al CUD y las prácticas sociales que habilita bajo el “enfoque de derechos”, amparado en Convención Internacional de los Derechos de las Personas con Discapacidad –CDPD- que ratificara nuestro país. A diferencia del rol de enfermo, la adquisición de este status como sujeto de derecho legitima su comportamiento y el ejercicio de derechos que colaborarían a superar o minimizar las barreras de la vida cotidiana (acceso al transporte público gratuito, al cupo de empleo, a la adquisición de un automotor o de tratamientos específicos, entre otros).

Una definición oficial perdida... para recordar

Según REDI (s.f.), a principios de octubre de 1974, la Unión Nacional Socio Económica del Lisiado consiguió que se promulgue una ley laboral para discapacitados en la Argentina: la N° 20.923, la que fue derogada por la dictadura militar que se inició en 1976 (<http://www.redi.org.ar/Documentos/Legislacion/General/Ley-20923.pdf>).

Esta ley definía como discapacitado:

(...) a todo aquel que, por razones de accidente, enfermedad congénita o adquirida, posee una capacidad distinta, física, psíquica, sensorial o social, permanente, periódica o transitoria, por lo que el discapacitado es un individuo potencialmente apto y puede tener, en determinados aspectos, capacidad menor, igual e incluso mayor que otros individuos. (Artículo 1°- Ley N° 20.923/74)

En tanto, la ley 22.431 define como discapacitado:

(...) a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral. (Artículo 2°- Ley 22431/81)

Si bien se pierde mucho más que una definición entre los enunciados propuestos en cada marco normativo, esta consideración de que “el discapacitado es un individuo potencialmente apto y puede tener en determinados aspectos capacidad menor, igual e incluso mayor que otros individuos” constituye una definición precursora, aunque la propia nominación utilizada -discapacitado- da cuenta bajo qué paradigma se enuncia.

Personas con capacidades diferentes, capacidades especiales, personas especiales, personas extraordinarias, persona con diversidad funcional, personas....

En el año 1983, Pantano propone el término de “persona con capacidades diferentes”, resultando de gran impacto en aquel momento que se hablara en primer lugar de la persona; desplazando la sustantivación a la adjetivación del déficit para designarlo (el ciego, el sordo, el loco, etc.). Por otro lado, el término discapacitado figuraba en el propio título de la ley que da origen al certificado de discapacidad, ley N° 22.431/81 (De Lucidibus, 2006).

Otro tema más controversial, desde la perspectiva de la evolución del concepto, fue el que se propusiera adjetivarlo con el de “capacidades diferentes”. Si bien este término se propone en tiempos donde el paradigma de la normalización se encontraba vigente, expresando un aspecto inherente a la condición humana. Probablemente buscaba denotar que las capacidades diferentes formaban parte de la normalidad, comprendiendo una perspectiva integradora que recién comenzaba a circular. Respecto a este término de “capacidades diferentes”, Hernández (2013) plantea que no cuenta con

fundamento etimológico, médico, académico o de otro tipo que lo sustente y destaca como este término impreciso fue incorporándose en diversas leyes nacionales. Posteriormente, aparece el término “persona con capacidades especiales”. Al igual que el anterior, Hernández (2013) señala que el término capacidad²² comprende a todas las personas, tengan o no discapacidad, ya que todas las personas cuentan con cualidades únicas y diferentes a otras. En tal sentido, Orbaiz (2017) plantea, en su doble carácter como PcD y PS, que no son ni especiales ni diferentes.

De este modo, también hay que recordar que el término “persona con necesidades educativas especiales” -NEE- tan difundido hasta la actualidad en el ámbito educativo, se legitima a través de la Declaración de Salamanca (1994), producto de la Conferencia Mundial de Necesidades Educativas Especiales. Este término también respondía al paradigma de la normalización. Actualmente, el concepto de “atención a la diversidad” (Booth & Ainscow, 2002) dentro del marco de escuelas inclusivas intenta representar una propuesta superadora. No obstante, la duplicación y la proliferación de nombres da cuenta de una tendencia nominalística (Moscovici, 2000) que continúa.

Dentro del marco conceptual que propone la CIF (OMS, 2001), se desprende otro modo de nombrar a la persona, no desde el nombre genérico del tipo de discapacidad sino desde las limitaciones específicas que experimenta en el funcionamiento la persona, por ejemplo, persona con limitaciones en actividades de la vida doméstica, persona con limitaciones en las actividades de la movilidad, etc.

Sin duda se hace engorrosa y extensa esta especificidad que se centra en la limitación de cada persona, en una búsqueda de evitar la estigmatización que resultaría del nombre discapacidad más el nombre genérico del tipo de deficiencia, como figuran en los requisitos para la tramitación de los certificados.

En tal sentido, pareciera que el término “persona con diversidad funcional” intenta brindar una connotación positiva como nombre para un grupo que lucha contra la discriminación, evitando la connotación negativa de nominarse desde su condición de discapacidad. Romañach explica que “si bien el

término correcto sería PDDF -persona discriminada por diversidad funcional-, por economía del lenguaje se utiliza el de persona con diversidad funcional” (citado en Brogna, 2012, p. 40).

En tal sentido, Ferreira (2010) destaca que el término diversidad funcional alude a “la singularidad del funcionamiento de un cuerpo”, indicando que la presencia implícita y eludida de un cuerpo mantiene un presupuesto en vigor, referente a “una cierta condición de la normalidad que el cuerpo se desvía” (p.59).

Por otro lado, Brogna (2012) plantea que el concepto discapacidad subyace debajo de la diversidad funcional, que permanece connotado; destacando la contradicción de utilizar un diagnóstico para nombrar un sujeto social y que “quizás haya algún término por inventar, por resemantizar” (p.38).

Se observa que esta tensión nominalística persiste. No solo entre las denominaciones propuestas por los distintos investigadores desde su marco teórico sino también, entre las autodenominaciones que los propios sujetos eligen o adscriben, más allá del discurso científico. En tal sentido, Orbaiz (2017) en una reciente presentación afirma: “somos personas con discapacidad, personas”.

Persona con Discapacidad

En general, mis observaciones demuestran que nombrar a una persona y una cosa es condensarla (como una solución química se condensa) y que las consecuencias de esto son tres: (a) una persona o un objeto nombrado puede ser descripto y adquiere ciertas características, tendencias, etc. (b), Comienzan a distinguirse de otras personas u objetos a través de esas características o tendencias, (c) Se convierten en el objeto de una convención entre quienes adoptan y comparten dicha convención.²³ (Moscovici, 2000, p.46).

En la última década, sin embargo, la noción de “discapacidad” ha llegado a ser conceptualizada como una construcción sociopolítica dentro de un discurso basado en un enfoque de derechos. Si bien la ley N° 24901/97 sobre el sistema de prestaciones básicas en discapacidad en la Argentina ya había incorporado el término de persona con discapacidad, la CDPD²⁴ ratifica este término en el título. Propone la siguiente definición:

(...) Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (Art.1º- Convención Internacional de los Derechos de las personas con discapacidad).

La CDPD afirma que la discapacidad es un concepto en evolución y resulta en la interacción entre las personas con deficiencias y las barreras actitudinales y ambientales que obstaculizan su participación plena y efectiva en la sociedad sobre una base de igualdad con otros. Esta definición de discapacidad se encuentra en consonancia por la propuesta por la CIF (OMS, 2001), en donde la discapacidad es definida como un término paraguas que comprende las deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación que resultan de la interacción negativa entre una condición de salud y los factores ambientales.

Así, “persona en situación de discapacidad” hará referencia a la experiencia individual de una persona con una determinada condición de discapacidad, en un contexto específico (Pantano, 2005; Ferrante y Ferreira, 2011); situación que debería encontrarse reflejada en los certificados de discapacidad, según evaluación desde el marco conceptual CIF que nuestra legislación incorpora en el año 2009.

¿Todos somos discapacitados?

La tensión entre lo universal y lo singular persiste.

En una reciente publicación de la Asociación de los Derechos de Salud Mental (Cáceres, Granja; Osella y Percovich, 2017) se plantea que la Ley Nacional de la Salud Mental parte de la concepción de que las personas con padecimiento mental²⁵ son sujetos de derechos y deben gozar de todos los DDHH declarados universalmente. Se afirma que: “la ley Nacional de Salud mental continúa, amplía y profundiza lo planteado en la Convención de los Derechos de las Personas con Discapacidad (...)” (p.9). Basándose en el modelo social de la discapacidad, se propone que, de este modo, se amplíen los derechos para las personas con padecimiento mental.

Es interesante señalar la manera en que se da por supuesta la condición de discapacidad en las personas con padecimiento mental, aunque la citada ley enuncia claramente que con “la existencia de un diagnóstico no se debe presumir daño o incapacidad” y proclama “el derecho a que el padecimiento mental no sea considerado un estado inmodificable”.

Si bien la discapacidad mental se contempla dentro de la diversidad de discapacidades que pueden ser certificadas, y que las personas con padecimiento mental pueden presentar una o varias discapacidades y que no siempre debería ser reducida a la discapacidad psicosocial²⁶, naturalizar que todas las personas con padecimiento mental son PcD conduce a las siguientes preguntas: ¿no es considerar que presentan un “estado inmodificable”? Y si fuera así, ¿se comprende que la condición y la situación de la discapacidad pueden variar? ¿que, de acuerdo, a esta situación de discapacidad, la certificación puede ser otorgada o no? En tal sentido, se acuerda con Guideti (2015), quien plantea que existe una paradoja que atraviesa la práctica de los profesionales encargados de asumir el rol de diagnosticadores y de certificadores de dicha discapacidad, sin considerar el contexto donde la persona con padecimiento mental se desempeña.

Este problema no es local, por más que se ejemplique desde la ley de Salud Mental en la Argentina. Frances (2014) advierte acerca de la inflación diagnóstica en EEUU “fomentada cada vez que un médico se excede en su diagnóstico para ayudar a que un paciente tenga acceso a algo valioso, como pueden ser las prestaciones por invalidez o el acceso a servicios escolares”. Agrega que, cuando se diagnostica en exceso, “se produce una paradoja al tratar de ayudar a alguien mediante un diagnóstico que puede acabar perjudicándolo” (p.111).

Desde esta perspectiva, se advierte que, si bien el Certificado de Discapacidad puede representar una herramienta significativa en la inclusión de personas con padecimiento mental, a través de las prestaciones que habilita, no correspondería presuponer la coexistencia de ambas condiciones, si se quiere respetar el espíritu de la Ley de Salud Mental.

Por otro lado, Silberskasten (2014) propone que podría afirmarse: “que ‘todos somos discapacitados’ para ejercer alguna función que nos resulta imposible y que el cuerpo marca una limitación a nuestro deseo”. Continúa: “Pero en eso somos casi iguales que otros seres humanos. El hecho que no se produzca esa diferencia con otro, hace que el dato carezca de matriz significativa” (p.51). Puede afirmarse, junto con Silberskasten, que “los ideales moldean nuestro deseo a las condiciones que nuestro cuerpo hace posible” (p.51), ideales que están atravesados por lo social -el ambiente físico, social y actitudinal en el que las personas viven y conducen sus vidas, factores contextuales, según CIF-, observando en esta tesis que lo social dialoga con el propio sujeto cuando se define a sí mismo como persona con discapacidad y certifica su condición.

Estos nombres siguen en tensión, en distintos planos. Entre lo biológico y lo social, entre la condición de discapacidad y la situación de discapacidad²⁷, entre calificar o ser des-calificado para acceder al certificado de discapacidad, entre quienes ocupan el lugar de clasificadores y quienes buscan ser clasificados (De lucidibus, 2006; Guideti, 2015; Vallejos, 2009). Estas tensiones operan en el interior de la categoría discapacidad que se juega en ocasión de su certificación, en las legislaciones, en las comunicaciones sociales y en “las representaciones sociales que los propios actores se hacen de su realidad” (De lucidibus, 2006, p.100).

CAPITULO III. ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

Modelo médico y modelo social

Diversas teorías del campo de la salud y de la prevención de enfermedades se han desarrollado para tratar de explicar cuáles factores influyen para que determinadas conductas se realicen o no, centrándose en la importancia de las variables psicosociales dentro del proceso de salud y enfermedad (Catalayud, 1997; Diefenbach & Leventhal, 1996; Montero, 2003; Rodríguez Marin & Neipp López, 2008; Saforcada, De Lellis & Mozobancyks, 2010).

En el año 2001, se aprueba la CIF como una de las clasificaciones de la Organización Mundial de la Salud –OMS- y con esta clasificación surge un nuevo marco conceptual para la comprensión de la salud y los estados relacionados con ella. Es así que el proceso del funcionamiento y la discapacidad aparece como “un continuum de una condición de salud y no de enfermedad; y la deficiencia como un concepto más amplio que el de trastorno o enfermedad” (CIF, 2001, p. 14), la cual junto a las limitaciones en la actividad y/o las restricciones en la participación aportan una connotación distinta en la comprensión de este proceso y que no ha sido suficientemente incorporado y desarrollado en los estudios de Psicología de la Salud relevados, anteriormente mencionados.

A los fines del presente estudio, se hace necesario precisar la distinción entre estos pares dicotómicos (sano/enfermo, funcionamiento/discapacidad) que privilegian distintos planos y se sustentan en modelos diferentes: la deficiencia (“*impairment*”), basada en el modelo médico y la discapacidad (“*disability*”), basada en el modelo social. Esta distinción estará mediada por el Certificado de Discapacidad y podría explicar, en un cierto aspecto, las diferencias individuales ante una misma enfermedad /trastorno/deficiencia.

El modelo médico basado en la etiología proporciona un diagnóstico de enfermedades y trastornos en el que la discapacidad se relaciona con las deficiencias de las estructuras o funciones corporales pensada desde la

enfermedad (OMS, 2001, 2007). El diagnóstico y el déficit aparecen como rótulos enmarcados en diversas clasificaciones (Joly, 2007).

En contraposición a la concepción médica hegemónica e individual, surge el modelo social de la discapacidad en la década del 80 (Oliver, 1980, 1983; Shakespeare, 1992); que sostiene que es el medio social quien genera la discapacidad a “las personas con impedimentos”, estableciendo barreras para su participación social.

Bajo la influencia de los movimientos de personas con discapacidad, la CIF (OMS, 2001) propone la definición de discapacidad desde el modelo social:

[...] no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el ambiente social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere la actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones necesarias para la participación plena de las personas con discapacidad en todas las áreas de la vida social. La cuestión se sitúa entonces a nivel de las actitudes y de las ideologías y requiere cambios sociales, los cuales se transforman en el nivel político en una cuestión de derechos humanos. Según este modelo, la discapacidad se configura en un tema de índole política. (p.18)

Desde este marco conceptual, la discapacidad es entendida como parte de una condición de salud. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo y sus factores contextuales. De este modo, esta clasificación sostiene que el hecho de que una persona posea una o varias deficiencias no implica que tenga discapacidad alguna. En cambio, podría afirmarse que, si posee limitaciones moderadas y/o severas en la actividad y/o restricciones en la participación, en una o varias áreas principales de la vida en interacción con barreras contextuales, tendría una discapacidad.

En tal sentido, Brogna (2006), Cortéz Reyes et al. (2013) plantean que la discapacidad es una construcción relacional entre la sociedad y un sujeto y que toma cuerpo en un espacio situacional, dinámico e interactivo.

Factores psicosociales relevantes vinculados a la certificación de la discapacidad: Autoconcepto

En las investigaciones acerca de los factores psicosociales que influyen en las personas con discapacidad para que realicen determinados comportamientos -tal como lo puede representar la solicitud del Certificado de Discapacidad-, se describen aquellos que caracterizan tipos de deficiencias; momentos de aparición; grados de limitación para las actividades cotidianas y restricciones en la participación social; la ayuda técnica que posee (Botero Soto & Londoño Pérez, 2013); los estilos de afrontamiento (Aguado Díaz, Alcedo Rodríguez & Rueda Ruiz, 2008; González Barón, Montoya Castilla, Casullo & Bernabú Verdú, 2002) y el apoyo social percibido (King, Willoughby, Specht & Brown, 2006; Rodríguez Marín, 2008). También se encuentran aquellos que dan cuenta de los procesos psíquicos -entre ellos, el autoconcepto- que subyacen ante la vivencia de este proceso de funcionamiento-discapacidad en interacción dinámica con los factores contextuales.

En las últimas décadas, la investigación sobre el autoconcepto ha cobrado gran relevancia en la Psicología Clínica y de la Salud; especialmente en el contexto de la identificación de factores protectores de problemas psicopatológicos, considerándolo como un factor clave en el desarrollo de un buen ajuste emocional y cognitivo, de una buena salud mental y de unas relaciones sociales satisfactorias (Garaigordobil & Pérez, 2007a, 2007b; Garaigordobil, 2011) o como indicador de la calidad de vida dentro del área del bienestar emocional (Shalock & Verdugo, 2001).

Larsen y Buss (2005) han diferenciado conceptualmente tres componentes en relación al autoconcepto: a) el propio autoconcepto (la comprensión que se tiene de sí mismo), b) la autoestima (la forma en que la persona se siente respecto a quien es) y c) la identidad social (la forma en que se presenta ante los otros). En relación a este último componente, cabe señalar que Tajfel y Turner (1979,1986) ya habían diferenciado dos tipos de identidad que conllevan distintos tipos de yo: 1) Identidad social, que define el yo en términos de su membresía e 2) Identidad personal, que define el yo en términos de las relaciones y rasgos personales idiosincrásicos. Según Hogg y Vaughan (2010),

esta identidad personal contemplaría atributos del yo individual y del yo relacional, referidos tanto al conjunto de atributos únicos del yo contrastados con otros individuos específicos, así como, en general, a los que especifican la relación del yo con los otros. Asimismo, agregan que, desde la teoría de la autocategorización social de Turner (1985) -una extensión de la teoría de la identidad social-, el proceso de base consiste en que las personas que sienten que pertenecen a un grupo se categorizan como miembros del grupo e internalizan los atributos que describen al grupo. Posteriormente, Turner y Onorato (1999) definirán a la autoestima como un proceso psicológico de autocategorización en el contexto de los valores e ideologías grupales. En tal sentido, es interesante destacar los trabajos que dan cuenta de que la discriminación intragrupal puede ser una estrategia potencialmente eficaz para generar comparaciones sociales favorables, si bien destacan que no implica una relación unívoca y que dependerá de otros factores para que incida en el autoconcepto individual (Scandroglio, López Martínez & San José Sebastián, 2008).

Por otro lado, diversos estudios sobre el autoconcepto, que se han centrado en conocer las diferencias del mismo en las personas con discapacidad (González Vega, Verdugo y Gonzáles Gil, 2007; López Justicia et al., 2000; López Justicia Fernández & Polo, 2005; López Justicia & Nieto, 2006; Pérez & Garaigordobil, 2007a, 2007b), indican que un bajo autoconcepto parece estar asociado a una discapacidad o a una problemática específica debido a la comparación social, la cual desempeña un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima. López Justicia et al. (2005) plantean que las personas con discapacidad son un grupo en riesgo de desarrollar un autoconcepto negativo, dado que frecuentemente son objeto de rechazo social y de actitudes negativas en sus relaciones interpersonales. De hecho, se ha evidenciado profusamente la relación entre comparación social negativa y problemas psicológicos (Allen & Gilbert, 1995; Buunk, Zurriaga & González, 2006; Swallow & Kuiper, 1998) (citado por Pérez & Garaigordobil, 2007a, p.344).

Más allá del papel que juega el autoconcepto en la certificación de las personas con deficiencias, sean de nacimiento o adquiridas, sea que certifiquen

su condición de salud o no; se observa que es un factor que está en tensión entre lo individual y social y que formará parte de la indagación en este estudio.

Aproximaciones: Desde la representación de la enfermedad a la Representación social de la enfermedad

En una segunda etapa de la planificación de este proyecto, se encontraron investigaciones sobre representaciones de la enfermedad (Hagger & Orbell, 2003), pensando representación desde el sentido común de la enfermedad (de los Santos Roig, 2009; Diefenbach & Leventhal, 1996) o representaciones sociales de la enfermedad desde el modelo médico (Ofman, 2012; Ofman; Pereyra Girardi; Cofreces & Stefani, 2015), dado que es uno de los modelos conceptuales desde donde puede ser comprendida la deficiencia como se explicó al inicio de este apartado. En estos estudios, se establece la hipótesis de que la representación de la enfermedad influye o afecta al modo en que el paciente afronta su enfermedad o se adecúa a ella, así como a las emociones o conductas que están relacionadas con la enfermedad concreta de que se trate. Leventhal, Meyer y Nerez (1980) distinguen tres tipos diferentes de modelos de enfermedad o de representaciones: uno para enfermedades agudas, otro para las cíclicas y un tercero para las crónicas. Este último, generalmente, es el que -en el modelo médico- puede ser asociado a la certificación de la discapacidad bajo la portación de la enfermedad crónica que sea.

Hagger & Orbell (2003) y De los Santos Roig (2009) diferencian las consecuencias actuales y el impacto real y objetivo de la enfermedad en la vida del sujeto en relación a las consecuencias esperadas, que indican la gravedad o severidad percibida de la enfermedad. A la primera se la denomina “impacto de la enfermedad o discapacidad” del sujeto, ya que describen el funcionamiento (psicosocial o físico) cotidiano del paciente. En tal sentido, Witteman, Bolks y Hutschemaekers (2011) enuncian que el modo en el que los pacientes con trastorno mental perciben su enfermedad juega un rol crucial en como ellos manejan su situación, y que tal percepción no necesita reflejar la condición exacta del estado del sujeto.

A partir de la pregunta acerca de qué representa la certificación de la discapacidad, en la vida de una persona con limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación de diversa magnitud, se encuentran explicaciones teóricas desde la Psicología de la Salud que conducirían a considerarla como una creencia de salud. Si bien no se encontraron investigaciones específicas respecto a las creencias con relación a la certificación de la discapacidad, esta conducta podría representar una creencia de salud en tanto esta “acción de salud” buscaría mejorar la funcionalidad a través del acceso a los recursos. Algunas explicaciones teóricas exponen las relaciones entre las dimensiones del autoconcepto y las conductas de salud, las que se presentan como uno de los motivos que guían el “sí mismo” y el motivo de automejora (Pastor, Balaguer & García Merita, 2006). Se considera que este motivo conduce al sujeto a aquellos comportamientos que le permiten obtener mejores autovaloraciones, independientemente de que estos comportamientos sean saludables o insanos, normativos o anti-normativos (Dolcini & Adler, 1994). Una forma de conseguir automejora sería realizar aquellos comportamientos en los que se posea un mayor conocimiento o habilidad y así obtener la aprobación desde las personas importantes para uno mismo. Bandura (1993) señala que entre las creencias que poseen las personas para controlar su ambiente están las creencias de autoeficacia, definiéndolas como la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar acciones requeridas para manejar situaciones futuras. Por otro lado, Rodríguez Marín y Neipp López (2008) sostienen que el apoyo social parece ser una “variable moduladora en el impacto que diversos factores asociados a la discapacidad pueden tener en el autoconcepto y en la valoración de los acontecimientos estresantes que experimenta la persona” (p. 106).

Dentro de los diversos factores psicosociales que intervienen en el acto de certificar, caben ser mencionadas las relaciones de poder que se generan en la situación de examen como procedimiento necesario y previo al acto de clasificar o diagnosticar, tal como ya lo señalara Foucault (2002). Asimismo, Montero (2003) plantea cómo “la naturalización del poder es causa de procesos psicológicos con consecuencias en el campo psicosocial y cómo puede llegar a afectar al propio autoconcepto, definiéndose con prescindencia de los rasgos” (p. 31). Por otro lado, De Icibidius (2006) explica que la construcción social del

discapacitado es un “[...] proceso de articulación entre las representaciones (modelos de percibir, categorizar y significar) y las prácticas (que son interacciones contextualizadas y colectivas)” (p. 29).

Según Ferrante y Ferreira (2011), la discapacidad diagnosticada produce sujetos y subjetividades discapacitadas mediante procesos de diferenciación y demarcación de los cuerpos; en tanto Munévar (2013) afirma que: “como denominación identitaria, aceptable y aceptada, la categorización produce efectos legales, sociales y simbólicos” (p. 135).

Desde este enfoque, en una tercera etapa de la presente revisión, se encuentran líneas de indagación que basan su marco conceptual en la teoría de las RS que se desarrollará en el próximo capítulo.



CAPITULO IV. REPRESENTACIONES SOCIALES: ACERCA DE LA DISCAPACIDAD CLASIFICADA Y CERTIFICADA COMO OBJETO DE REPRESENTACIÓN

Objeto de maldición, rechazo, burla, caridad o de clasificación son algunas de las tantas representaciones sociales de la discapacidad que se han construido en torno a la deficiencia a lo largo de la historia (Soto Builes & Vasco, 2008; Ferreira, 2008; Figari, 2012), en tanto objeto social propenso para generar representaciones sociales hegemónicas, emancipadas y polémicas (Gergen, 1985; Devenney, 2004; Moscovici, 1988; Rodríguez Salazar, 2007).

Una de estas representaciones sociales se encuentra asociada a ser objeto de clasificación y, a partir de esta situación, genera la posibilidad de ser portador de un certificado que otorga un nombre y una identidad social bajo la condición de la discapacidad certificada, amparada bajo la normativa vigente.

Como ya se ha señalado, la certificación de discapacidad en la República Argentina se establece en el año 1981; y si bien desde sus inicios establece una serie de beneficios a partir de su otorgamiento, recién en el año 1997 adopta el carácter de puerta de acceso a un sistema de prestaciones básicas en discapacidad, sumándose mayor cantidad y diversidad de beneficios a lo largo de los años.

En tal sentido, el presente capítulo busca articular el proceso de generación y funcionamiento de la RS acerca del CUD con los tipos y las funciones que propone la teoría de las RS, a partir de los aportes de las corrientes más importantes europeas: Serge Moscovici, Denisse Jodelet, Jean Claude Abric, Willem Doise, Ivana Marková y las investigaciones más recientes sobre representaciones sociales acerca de la discapacidad.

Distintas definiciones de representaciones sociales

Las representaciones sociales se sitúan en un punto de intersección entre lo psicológico y lo social, entre el saber espontáneo y el sentido común, socialmente elaborado y compartido.

En 1961, Moscovici introduce por primera vez el término. Aunque basa su postulado en el concepto de representaciones colectivas planteado por Durkheim (1898), se aparta del determinismo social que este término implica. Por otro lado, enfatiza que las RS emergen de la interacción y comunicación social, acercándose a los planteamientos de Berger y Luckmann (1966) acerca de la construcción social de la realidad.

En una de sus primeras definiciones, Moscovici (1961) plantea que las representaciones sociales siempre son de algo y de alguien, definiéndolas como elaboraciones de un objeto social por parte de una comunidad. Posteriormente, fueron propuestas otras definiciones que agregarán otras características a este objeto de estudio.

“Producto y proceso de una actividad mental por la que un individuo o un grupo reconstituye la realidad que enfrenta y le atribuye una significación específica” (Abric, 1987, p. 64).

“Forma de conocimiento elaborada socialmente y compartida con un objeto práctico que concurre a la construcción de una realidad común para un conjunto social” (Jodelet, 1989, p.36).

“[...] principios organizadores de las posiciones adoptadas en las relaciones simbólicas entre los actores sociales, posiciones que van ligadas a las inserciones específicas de estos actores en un conjunto definido de relaciones sociales” (Doise, 1991, p.197).

En el año 2000, Moscovici plantea que la RS “reproduce, construye y reconstruye el conocimiento del sentido común a partir del repertorio cognoscitivo, simbólico y cultural que la sociedad pone a su disposición” (p.249). Destaca que no son solo productos mentales, sino que son construcciones simbólicas que se crean y recrean en el curso de las interacciones simbólicas y que no tienen un

carácter estático ni determinan inexorablemente las representaciones individuales. De este modo, Di Iorio (2014) propone que las RS construyen el objeto en la medida que pretenden conocerlo.

Siguiendo lo postulado por Moscovici, Robertazzi (2007) expresa que las representaciones sociales son sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero la de establecer un orden que les permita a los individuos orientarse en el mundo social y material y dominarlo; y segundo, facilitar la comunicación entre los miembros de la comunidad, proporcionando un código para nombrar y clasificar los diversos aspectos de su mundo y su historia individual y grupal.

Rodríguez Salazar (2007) señala que la mayoría de las definiciones sobre RS le reconocen esta doble función práctica y discursiva, aunque, en ocasiones, destacan una sobre la otra.

Tipos de representaciones sociales

Moscovici (1988) propuso considerar tres tipos de representaciones que, posteriormente, Devenney (2004) adopta para el estudio de las RS en el campo de la discapacidad. Estas son:

1) Representaciones *hegemónicas*, uniformes o coercitivas que tienden a prevalecer en prácticas simbólicas y afectivas. Colectivamente compartidas, legítimas y sin discusión social.

2) Representaciones *emancipadas*, que derivan de la circulación del conocimiento, creencias y valores pertenecientes a subgrupos específicos. En este aspecto, Devenney (2004) ejemplifica a través de los expertos que tienen diferentes argumentos sobre la discapacidad y concepciones de lo que significa adquirir una discapacidad. En estos contenidos, las personas identifican la fuente o la autoridad que sustenta estos contenidos que provienen del conocimiento especializado o de un marco clasificatorio, como el que se aplica en las certificaciones. No modifican directamente la RS hegemónica, pero intentan adaptarla al conocimiento y comunicación.

3) Representaciones *polémicas*, que son expresadas dentro de una dinámica de resistencia y cambio, y son discutidas dentro de un grupo o subgrupos. Son contenidos que amenazan las regiones de la representación más sólida en términos de reconocimiento, aceptación y legitimidad.

Según Breakwell (2001), se trata de una clasificación que genera dudas y se pregunta si son realmente diferentes o fases inevitables a lo largo del desarrollo de una representación social, optando por esta segunda opción. Este autor considera que serían estados que coexisten en grados diversos en una RS a nivel de contenidos y que esta clasificación podría “ser útil para comprender mejor la organización de los elementos que la integran, esto es para valorar su carácter central o periférico cualitativamente” (Rodríguez Salazar & García Curiel, 2007, p.177).

Funciones de las representaciones sociales

Diversos autores destacan la funcionalidad y utilidad práctica de la teoría en el ámbito social, pero Abric (2001) describe cuatro funciones básicas de las representaciones.

1. *Función del saber*: Permite a los actores sociales adquirir nuevos conocimientos e integrarlos. Definen el cuadro de referencias comunes que facilitan el intercambio social, la transmisión y difusión del conocimiento.

2. *Función identitaria*: Sitúan a los individuos y los grupos en el contexto social permitiendo la elaboración de una identidad social compatible con el sistema de normas y valores social e históricamente determinados. Adquiere un lugar primordial en los procesos de comparación social.

3. *Función de orientación*: guían los comportamientos y las prácticas. Permiten producir un sistema de anticipaciones y expectativas, constituyendo una acción sobre la realidad. Definen lo que es lícito, tolerable o inaceptable.

4. *Función justificatoria*: permiten justificar un comportamiento o toma de posición, explicar una acción o conducta asumida por los participantes.

Abric (2001) señala cómo el análisis de las funciones de las RS es indispensable en la comprensión de la dinámica social y de los determinantes de los comportamientos y las prácticas sociales. Es por ello, que parece fundamental comprender el modo en que esto ocurre en el campo de la representación social de la discapacidad en ocasión de su certificación.

Procesos de producción y funcionamiento de las RS

Según Moscovici (1961), los procesos que describen la producción y el funcionamiento de las representaciones sociales son la objetivación y el anclaje, en lo atinente a la actividad social y cognitiva que permite la construcción del conocimiento social por los grupos sociales.

La objetivación es el proceso por el cual se otorga una realidad material a una entidad abstracta. La transformación icónica actúa seleccionando y descontextualizando cierta información para luego materializar la entidad abstracta en una imagen. Esta imagen estructurada concentrada con forma gráfica es lo que Moscovici (1979, 1984, 1988) ha denominado “núcleo figurativo”. Cuando un grupo social dispone de un núcleo figurativo es más sencillo hablar de idea o concepto representado. En tal sentido, Rodríguez Suárez, Ballesteros y Ortiz Suárez (2011) refieren que, en la discapacidad, los mecanismos usados en la transformación icónica pueden relacionarse con la imagen del evento traumático y con la que las personas con discapacidad tienen de sí mismas viéndose en situación de discapacidad. Un ejemplo explícito sería la situación en la que una persona se ve a sí misma en una “silla de ruedas”.

De este modo, Jodelet se refiere a las RS como:

Una realidad descrita como imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver; teorías que permiten establecer hechos sobre ellos (Jodelet, 1984, p.472).

En lo atinente al presente estudio, se observa una serie de imágenes visuales que se construyen alrededor del CUD. Una imagen propia que lo identifica junto a otras, asociadas a los beneficios a lo que se accede a partir de

su otorgamiento, y que son reproducidas en diversas comunicaciones sociales. Cabe destacar que, si bien las ideas se concretizan en imágenes en el núcleo figurativo, no implica que se limite a ellas. Este núcleo también comprende metáforas, símbolos y narraciones como posteriormente se desarrollará en el análisis, que permiten establecer puentes con los anclajes socio-históricos (De lorio, 2014; Marková, 2003).

El proceso de anclaje mantiene una estrecha relación con las funciones de clasificar y nombrar al objeto de la representación dentro de las categorías de la sociedad. Se lo transforma en un objeto útil al insertarlo en una jerarquía ya existente de normas, valores y producciones sociales. De este modo, el anclaje permite comprender como el objeto representado adquiere significado, como se utiliza la representación como una guía para la acción y cómo se integra en un sistema de representación previo (De lorio, 2014).

Jodelet (1984) señala que esta relación dialéctica entre anclaje y objetivación fue una de las cuestiones menos exploradas. Del mismo modo, Billig (1987) plantea la necesidad de reconceptualizar la objetivación y el anclaje desde la Psicología Social Retórica, señalando que los temas que son controvertidos en la vida cotidiana generan argumentaciones. En tal sentido, Moscovici y Vignaux (1994) y Marková (2003) plantean que los *themata* –oposición de tópicos- operan metodológicamente con el objetivo de establecer clases de argumentación. Estos autores muestran la articulación de este concepto con el de RS, los procesos de objetivación y anclaje hasta los principios legitimantes de toda argumentación.

Desde otra perspectiva, Abric (1993) plantea que toda representación está organizada en dos entidades distintas, aunque complementarias a la vez: núcleo central y sistema periférico. Este autor afirma que el núcleo central -al que también se ha llamado principio generador de la representación- tiene dos funciones esenciales: a) una función generadora mediante la cual los otros elementos de la representación adquieren o transforman su significado y b) una función organizadora de las relaciones, que asocia los elementos de la representación. El núcleo central tiene una función consensual y define la homogeneidad compartida por el grupo estableciendo un carácter normativo de las significaciones que comparte. Respecto de los elementos periféricos, este

autor señala que poseen funciones fundamentalmente adaptativas y que protegen la estabilidad del núcleo central. El sistema periférico es más sensible al contexto y conduce la adaptación de grupos e individuos a situaciones específicas, permitiendo la integración de las experiencias individuales. De este modo, se comprenden las variaciones o modulaciones individuales de las representaciones que intervienen en los procesos de defensa y transformación de las representaciones (Robertazzi, 2007) en relación a la población de personas con deficiencias.

En ciertas circunstancias, la vida cotidiana puede exigir o condicionar determinadas prácticas en un grupo. En tanto que las prácticas sociales son un elemento constitutivo de las RS, Flament (1986) señala que, si las prácticas son coherentes con la representación, no surge ningún problema. Por el contrario, si entran en contradicción con ellas, pueden inscribirse como elementos periféricos. De este modo, Abric (2001) afirma que es en el sistema periférico donde las contradicciones pueden aparecer y ser sostenidas.

Una perspectiva complementaria a los autores citados es la que proponen Basabé y Paez (1992), al considerar la relevancia de construir las narraciones justificatorias públicas del sentido común, en síntesis, las RS. Su modo de investigar es identificar los aspectos positivos y negativos del discurso grupal en torno al objeto de la representación (Certificación de la Discapacidad, en esta tesis), para luego elaborar una prototeoría de los sujetos de las RS (personas con deficiencia y profesionales de la salud, en esta tesis).

A pesar de no pertenecer a la escuela de las RS, Billig (1987) es uno de sus interlocutores relevantes. Acuerda con Moscovici en que solo el discurso puede conducir a conocer las RS, sin embargo, agrega que debe atenderse a las conversaciones argumentativas, dado que en ellas puede encontrarse un punto de vista social y su contrario. En tal sentido, enfatiza la importancia del dispositivo grupal en el estudio de las RS. Por otro lado, este autor sostiene que la argumentación depende de los temas conflictivos, que son necesarios los contenidos contrarios -al igual que Marková (2003)- y que se pueden oponer diferentes sentidos comunes. Se daría una dialéctica retórica entre los lugares comunes y el debate, puesto que es necesario dar vuelta sobre los conceptos

para poder argumentar. Finalmente, si la idea es conocer el pensamiento social no pueden dejarse de lado las oposiciones, los temas y los contra temas.

Articulación con las RS de la discapacidad

Dentro del estado actual del conocimiento, se han encontrado investigaciones acerca de las RS de la discapacidad (Devenney, 2004; Esser Díaz & Rojas Malpica, 2006; Ramírez Ramos, 2012; Rodríguez Suárez; Ballesteros & Ortiz Suárez, 2011; Villamil Fonseca & Puerto Mojica, 2004) y con tecnología de ayuda para las personas con lesión medular, como lo representa la silla de ruedas (De Souza Pinho Costa & et al., 2010). En cuanto a los estudios sobre la construcción social de la discapacidad, se encuentran aquellos desarrollados por Brogna (2006a, 2006b, 2009), Joly (2007), Soto Builes y Vasco (2008), Ferreira (2007, 2008), Ferreira y Ferrante (2008, 2011), Moscoso (2011) y De Idubus (2006). En lo atinente a los estudios sobre la certificación de la discapacidad en la República Argentina, hasta lo que en esta tesis se ha relevado, se han encontrado las investigaciones realizadas por Ferreira (2009) y Ferrante (2008, 2011) y Vallejos (2009, 2010, 2012), quienes abordan la problemática de la discapacidad diagnosticada y la certificación desde el marco teórico de la sociología crítica y el socio construccionismo, con un amplio e interesante desarrollo teórico conceptual, con una base empírica reducida, aunque ilustrativa a los fines del tema tratado. También cabe destacar los estudios -en forma de ensayos- de Skliar (2003), Silberkasten (2014), Ferrante y Venturiello (2014) y Guidetti (2015). Asimismo, es importante distinguir que algunos de los investigadores en esta temática son personas con discapacidad, quienes diferencian su conocimiento experiencial del proveniente del sentido común en la construcción de las RS (Devenney, 2004; Joly, 2007; Orbaiz, 2017).

Herzlich y Pierret (1988) (citado en De Idubus, 2006, p. 40), Joly (2007), Ferrante y Ferreira (2008) y Silberkasten (2014) expresan que la discapacidad es una construcción social que se relaciona con el modelo de corporeidad de la sociedad capitalista: “el cuerpo capacitado para trabajar”. En tal sentido, Silberkasten (2014) -quien se interroga acerca de qué define en la subjetividad que alguien sea representado como discapacitado- afirma que la credencial médica que certifica la portación de una discapacidad legitima la

exclusión laboral y posee consecuencias representacionales y simbólicas en la vida cotidiana de las personas con discapacidad y en su espacio social.

Esta exclusión estigmatizante en lo económico posee consecuencias representacionales y simbólicas: la persona con discapacidad al ser exiliada del mundo de la producción, “no circula por un sistema de intercambio”, quedando fijada a una identidad devaluada que le niega su pleno carácter humano. (Silberkasten, 2014, p.58-59).

Diversos autores, tales como Skliar (2003), Brogna (2006)²⁸, Soto Builes y Vasco (2008), Rosato y Angelino (2009) y Vallejos (2009, 2010), proponen problematizar el discurso de la deficiencia como un hecho biológico y con características universales, planteando que el sujeto es portador de determinaciones sociales. En tal sentido, Rosato y Angelino (2009) piensan la discapacidad como una producción social, como un déficit construido para catalogar, enmarcar, mensurar, el que está inscripto en los modos de producción y reproducción de una sociedad, cuestionando las representaciones naturalizadas de las que son portadores las personas con deficiencia (p.19) o como categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos (p. 51). Estas autoras hacen referencia a la discapacidad como una categoría dentro de un sistema de clasificación y producción de sujetos sostenidos por un discurso médico que enuncia un diagnóstico y que, a partir de esa enunciación, se produce la discapacidad. Posteriormente, distinguen las implicancias del término para la academia y para las propias personas con discapacidad

Para el primero, la noción describe y explica una realidad; pero para los segundos, señalan que puede ser “estigmatizante” (es discapacitado, por lo tanto) y/o “reivindicativo” (soy discapacitado, por lo tanto) para aquellos que, sobre todo, se sienten excluidos por que están excluidos. (Rosato y Angelino, 2009, p.19)

Autores como Chamorro (2015), Silberkasten (2014) y Vallejos (2010) señalan la ausencia de RS habilitadoras para las personas con discapacidad, así como la difícil apertura a nuevos sentidos para el sujeto a partir de la nominación de discapacitado. En esta investigación, se observa que, para ciertos segmentos de población de personas con deficiencias adquiridas, la nominación de “persona con discapacidad” no parece implicar “impedimento”; por el contrario, puede ser habilitadora de espacios y/o de recursos; contrariamente a lo que los autores mencionados sostienen. Asimismo, en este estudio, se observa el “rol de la

persona con discapacidad” en consonancia a lo planteado por Moscovici (2000) respecto a los nuevos roles sociales que emergen en tanto la representación modela la realidad que se vive cotidianamente y modifica la conducta (p. 67).

Por otro lado, Corker (2008) plantea que:

Del mismo modo que la diagnosis médica y la remisión de la discapacidad a una deficiencia fisiológica homogeniza, en términos sociales, a un colectivo por su mera adscripción a la condición de enfermos crónicos; del mismo modo, desde el modelo social se impone - en gran medida - una homogenización análoga desde el otro plano de la dicotomía, en la que ambos modelos se instalan, al identificar cualquier experiencia singular de la discapacidad como “opresión social” (citado en Ferreira, 2009, p. 9).

Se acuerda con Ferrante y Venturiello (2014), Ferreira (2009), Hughes y Paterson (2008); Silberkasten (2014), Shakespeare y Watson (1995), quienes han señalado el “olvido” del cuerpo por parte de la teoría de la discapacidad producida por el modelo social.

Rodríguez Suárez & et al. (2011), en una reciente investigación sobre RS en discapacidad, concluyen que las fallas en la reinclusión de las personas con discapacidad adquirida están atravesadas por la percepción de las situaciones de discapacidad generadas por la discapacidad en sí, en lugar de verla como una consecuencia del ambiente excluyente que genera barreras.

Linton (1998) revela la cuestión de a quién se considera como discapacitado:

[...] Una simple respuesta podría ser que eres discapacitado si te consideras como tal. Aunque esa declaración no es válida para obtener una pensión por incapacidad, tiene cierta credibilidad en la comunidad discapacitada. El grado e impacto de la deficiencia de un individuo es a menudo un problema menor en relación al grado en que una persona se identifica como discapacitada (p.12).

Esta autora plantea que el estudio de la discapacidad tiene por objeto no sólo las variaciones que existen en los comportamientos humanos, en la apariencia, en el funcionamiento, en la agudeza sensorial o en el procesamiento cognitivo, sino más crucialmente “en el significado que se hace de esas variaciones”²⁹ (p. 2). En esa misma línea, y como se ha mencionado anteriormente, Lopes (2014)³⁰ descubre la diversidad en las experiencias de

significación de las limitaciones y de las deficiencias corporales, problema que aborda este estudio.

Acerca de las representaciones sociales del CUD

Tal como lo plantea Gergen (1985), el cuerpo constituye un terreno privilegiado para estudiar la interacción de los procesos individuales y colectivos en la elaboración de las RS. Por una parte, el cuerpo es objeto de una experiencia personal, lugar de inscripción de la subjetividad y de proyección de sentimientos e implicaciones psicológicas; mientras, por la otra, es objeto de un pensamiento social regido por sistemas prescriptivos, en cuanto a su mantenimiento y presentación, y comprometido por su utilización y su puesta en la escena social en el campo de las determinaciones externas. Doise (1991) destaca los procesos enmarcados en la dinámica social en tanto regulaciones normativas que controlan y dirigen las operaciones cognitivas.

De este modo, la certificación de la discapacidad constituye un proceso de anclaje, dada su función de clasificar y de nombrar al objeto de la representación dentro de las categorías de la sociedad (Moscovici, 1979; Jodelet, 1984); transformándolo en un objeto útil al insertarlo en una jerarquía ya existente de normas, valores y producciones sociales (Doise, 1991). Desde las funciones que comprenden las RS (del saber, identitaria, orientación y justificatorias), la categorización produce efectos legales, sociales y simbólicos.

Por otro lado, Wagner y Elejabarrieta (1994) consideran que se ha profundizado escasamente en el proceso de anclaje de la representación social; proceso que guarda una estrecha relación con el clasificar, el nombrar y, más específicamente, con el proceso de categorización social (Tajfel, 1986) implicado en la dinámica de certificación de la discapacidad, objeto de este estudio. En tal sentido, Vala (1999) agrega que aún queda mucho por estudiar acerca de las complementariedades y, quizás, de los solapamientos teóricos entre ambos procesos.

La modulación personalizada en las representaciones y las conductas que están asociadas a la certificación de la discapacidad entre la población de

personas con deficiencia darían cuenta de la transformación de los elementos periféricos que conforman la representación social, según Abric (2001).

Las RS acerca del CUD conllevan conflictos intragrupales o, en todo caso, una realidad psicosocial conflictiva y este factor constituiría una de las condiciones propiciatorias para la emergencia de representaciones sociales, tal como lo ha planteado Páez (1987), Basabe y Páez (1992). Asimismo, estos autores plantean -al igual que Pereira del Sá (citado por Offman, 2012, p. 4)- que una de las características de los objetos y de los acontecimientos sobre los que se construyen las RS es que sean socialmente relevantes para dicha comunidad.

De tal modo, la inclusión de las RS acerca del certificado de la discapacidad, por parte de los profesionales de la salud, en este estudio, está relacionada con el rol que podrían desempeñar en la solicitud de dicha certificación (Esquivel & Figari, 2005; Figari, 1998, 2013; Jodelet, 2013; Moral, 2008; Offman, 2012; Oliver, 2008; Torres-López, 2002; Vallejos, 2010, 2012). Por otro lado, las representaciones de los sujetos están integradas en una red compleja de representaciones, marcadas socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen, por las comunicaciones a través de las que circulan y por las funciones que cumplen en la interacción con el mundo y con los otros (Araya Umaña, 2002; Banchs, 2000; Breakwell, 1993; Torres-López, 2002).

Se destaca la importancia de la apreciación del conocimiento popular a través de la interacción específica con imágenes, opiniones y actitudes de las personas con deficiencias, los profesionales de salud que intervienen en su atención y orientación y los medios de comunicación.

Así, partiendo del aserto que sostiene que la certificación de la discapacidad conlleva efectos legales, sociales y simbólicos, se estima necesario el estudio de dichas perspectivas, destacando la pertinencia de la teoría de las RS.

CAPITULO V. MÉTODOS Y PROCEDIMIENTOS

La combinación de múltiples prácticas metodológicas, materiales empíricos, perspectivas y observadores en un único estudio se entiende como una estrategia que potencia el rigor, la amplitud, la complejidad, la riqueza y la profundidad de una investigación dada (Flick, 2004, p. 229).

Según López Alonso (2006), la situación del problema epistémico en que se encuentra la presente investigación es de nivel tres, de situación abierta de hipótesis *ad hoc*.

Se trata de un estudio tendiente a ampliar el contexto de interpretación de eventos observados y permite ampliar el contexto de explicación y de comprensión del evento contradictorio. De acuerdo a la proyección y alcance epistemológico y cognitivo del enfoque, el diseño del presente estudio es descriptivo porque implica una observación sistematizada de la realidad estudiada, para que posteriormente sea teórica y sistemáticamente categorizada; explicativo, ya que tiende a dar una explicación parcial, aproximada de una situación social, a través del análisis cualitativo hecho en profundidad y ecológico, dado su carácter abierto y preliminar que da cuenta de la interacción del sujeto y la sociedad. Asimismo, implica un estudio que observa el objeto de estudio en distintas unidades de análisis –protagonistas- dentro del ámbito sociocultural al que pertenecen.

Tipo de estudio

El diseño del estudio es exploratorio-descriptivo, de corte transversal y utiliza metodología cualitativa como enfoque principal o dominante (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista Lucio, 2006).

Población y muestras

Las unidades de análisis de la muestra cualitativa de tipo no probabilístico-intencional fueron múltiples:

-Personas con deficiencias de nacimiento y adquiridas, con y sin CUD.

-Profesionales de salud que orientan a las personas con deficiencia a certificar la discapacidad.

- La información sobre el CUD que circuló en los medios de comunicación gráficos y digitales nacionales en un periodo anual (junio de 2015-junio de 2016).

El ámbito geográfico en donde se realizó la investigación fue RMBA (Región Metropolitana de Buenos Aires), durante el periodo de julio de 2015 a julio de 2017.

La población de la primera muestra de este estudio estuvo segmentada de acuerdo a los momentos de aparición de la deficiencia (de nacimiento o adquirida) y entre aquellas personas adultas con capacidad de autodeterminación, que hayan solicitado el CUD como los que no. La primera distinción se basó en lo propuesto por Devenney (2004) en cuanto las diferencias en la historia de vida de estas personas, ya sea en sistemas sociales inclusivos o segregados. Aunque ambos presentaran similar deficiencia funcional o estructural, estas diferentes trayectorias de vida podrían aportar datos relacionados a las RS acerca del CUD, entre aquellos que lo tramitaron y los que no.

Los criterios de inclusión utilizados fueron:

- 1-Personas con deficiencias mayores de 21 años.
- 2- Personas con capacidad de autodeterminación para solicitar el CUD y firmar el consentimiento informado.
- 3-Personas con deficiencias que residen en RMBA.

Los criterios de exclusión para esta muestra fueron:

- 1-Personas con deficiencias menores de 21 años.
- 2- Personas sin capacidad de autodeterminación para solicitar el CUD y firmar el consentimiento informado.
- 3-Personas con deficiencias que residen en otras localidades.

La segunda muestra estuvo compuesta por profesionales de la salud relacionados con la atención de personas con discapacidad que residen en RMBA y que orientan directa e indirectamente al CUD. Luego de la primera aproximación al campo, se define e incluye, como un aspecto más de este criterio, la orientación indirecta al CUD, para referirse a la práctica de los profesionales de realizar informes a solicitud de los pacientes para tramitar la certificación.

Los criterios de exclusión para esta muestra fueron:

1-Profesionales de la salud que no estén relacionados con la atención de personas con discapacidades.

2- Profesionales de la salud que no orientan directa e indirectamente al CUD.

3-Profesionales que residen en otras localidades.

La tercera unidad estuvo constituida por la información que circula sobre el CUD en los medios gráficos y digitales de comunicación nacional, preferentemente del ámbito geográfico seleccionado -RMBA- y correspondiente a un periodo anual (último semestre 2015 / primer semestre 2016).

Técnicas e instrumentos

- Cuestionario filtro: con la finalidad de obtener un primer relevamiento de la información objeto del estudio y la caracterización sociodemográfica de la muestra, se elaboraron dos cuestionarios con elecciones múltiples y abiertas *ad hoc*, destinadas a las personas con discapacidades y a los profesionales de la salud (Ver Anexo II).

- WHODAS 2.0.-WHO. Disability Assessment Schedule (Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud). Versión 12 preguntas³¹ (2010): es un instrumento de evaluación genérico para medir salud y discapacidad a nivel poblacional y en la práctica clínica. Captura el nivel de funcionamiento y discapacidad en seis dominios de la vida cotidiana. Cabe destacar que, a los fines del presente estudio, interés indagar la autopercepción de la persona con respecto a sus limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación y no la medición de la salud y la

discapacidad. Puede ser administrada por un entrevistador en 5 (cinco) minutos (Ver Anexo III).

- Entrevista en profundidad semiestructurada e individual: consiste en una conversación profesional basada en una guía de preguntas, pero donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales ante los dichos emergentes de cada entrevista en particular. Busca indagar y comprender las perspectivas que tienen los entrevistados sobre un determinado tópico. De ninguna manera, es un interrogatorio o encuesta, se trata de asemejarla a una conversación de la vida cotidiana, respetando el interés del entrevistador para llegar a cumplir con sus objetivos.

- Grupo focal: propicia la exploración de un tema a partir de la interacción de los participantes en un grupo conformado por 4 a 10 informantes clave homogéneos. El moderador propone el intercambio de opiniones a partir de una guía pauta de entrevista (Ver Anexo IV). El grupo focal atiende de modo especial a relevar discursos grupales argumentativos. La duración estimada de una reunión es, como máximo, dos horas.

- Fotolenguaje: esta técnica se aplicó dentro de la dinámica de los grupos focales, invitando a los integrantes del grupo a hablar de las fotos en función de la motivación para tramitar el CUD. Se seleccionaron imágenes asociadas a los beneficios y barreras que la certificación podría generar, a partir de las respuestas brindadas en los cuestionarios de la primera aproximación. Cabe destacar que se utilizaron distintas imágenes para crear algunas de láminas (Ver Anexo VI).

- Investigación documental: este estudio anual sobre el CUD en los medios digitales y gráficos de comunicación permitió comprender la influencia que tienen en el comportamiento social e individual ante la solicitud del CUD, identificando el tipo de información que transmite supuestos y preconceptos.

De esta forma y mediante el acceso a diversas fuentes y formas de recolección de datos, se aseguró un proceso de triangulación de la información que permitió contrastar datos, verificar resultados y enriquecer el análisis (Vázquez Navarrete, 2006, p. 91).

Procedimientos

En un primer momento, y con la finalidad de alcanzar las muestras propuestas para este estudio, se aplicaron los dos cuestionarios filtro a personas con deficiencias y profesionales de la salud, alcanzando a una totalidad de 50 cuestionarios respectivamente. El análisis de la información permitió delimitar posteriormente la composición de la muestra para la conformación de los grupos focales, de acuerdo a los criterios de inclusión planteados.

El tipo de muestreo utilizado fue el opinático (Abela, 2002), dado que la investigadora conocía personal y previamente a la mayoría de los sujetos a entrevistar, con quienes había tenido contacto en su recorrido profesional, tanto en el ámbito clínico, institucional y comunitario (Guber, 2001; Hernández Sampieri et al., 2006). Existió un trabajo previo para ubicar y contactar a estas personas - tanto vía mail como telefónico- e invitarlas a participar en la presente investigación. El resto de la población fue referida por ellos mismos.

Los sujetos a entrevistar fueron escogidos de acuerdo a los criterios de inclusión planteados para cada muestra y sus respectivas unidades de análisis, es decir, considerando la relevancia teórica que éstos representaban para la investigación, según la riqueza de información que brindaban a los propósitos del estudio.

En este punto, ha sido muy importante contactar con personas con diversas deficiencias o, como luego se denomina en el cuestionario, “personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales”, siguiendo el marco conceptual de la CIF para el nivel corporal. Se intentó alcanzar, en esta etapa, que -en términos generales- estuvieran representadas personas con limitaciones visuales, auditivas, viscerales, motoras, mentales e intelectuales, tanto en personas con deficiencias de nacimiento como adquiridas, tomando en consideración que esta muestra diversa (Hernández Sampieri et al., 2006) permitiría aproximarnos a la complejidad del problema estudiado, dada la diversidad en juego. De este modo, se podrían identificar las unidades de la muestra que la tesista se había propuesto investigar de acuerdo a las ideas previas planteadas, y lograr así la segmentarización de la población que conformarían los grupos focales. No obstante, la diversidad de experiencias de

las personas con diversa condición de salud, o condición de discapacidad³², con sus particulares modos de vivenciar sus limitaciones en la actividad y restricciones en la participación, no se agotan en los participantes de esta muestra.

Las entrevistas se realizaron a cabo en diversos lugares: casas particulares, bares, Centros de Jubilados y Pensionados, Centros de Veteranos de Guerra, asociaciones de personas con discapacidad, ámbitos laborales e, inclusive, en el propio consultorio de la tesista. El criterio a la hora de acordar el lugar del encuentro por la accesibilidad era establecido por el sujeto a entrevistar. En algunos casos, se entrevistó a más de una persona en el mismo lugar.

Previo a la aplicación de los cuestionarios, se solicitó el consentimiento informado a las personas que, de manera voluntaria, participaron del proceso de investigación, asegurándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos personales y explicando los objetivos de la investigación (Ver anexo V).

Dado el enfoque predominantemente cualitativo que orienta esta investigación, se partió de un conjunto de ideas previas, pero, en la medida en que se produjo la inmersión inicial al campo, con la aplicación de los cuestionarios y las entrevistas que se iban generando a partir de estos encuentros, se fueron reconceptualizando y reformulando algunos de los términos utilizados, a partir de los argumentos que exponían los protagonistas. La reflexividad del campo como parte del proceso de investigación -que se registró en la bitácora de campo- ha sido fundamental, junto al conocimiento previo del tema y la revisión profunda del estado del arte (Guber, 2001).

De este modo, se decidió que la aplicación de los diez primeros cuestionarios sirviera como prueba piloto para las siguientes administraciones de los mismos.

Descripción de la aplicación de cuestionarios filtro y entrevistas no estructuradas (Etapa de inmersión inicial al campo)

Esta primera exploración del campo permitió, no solo identificar a los participantes de la muestra, sino también reformular algunos de los términos

utilizados en el mismo, como se detalla posteriormente. De igual manera, cabe destacar que se generaron entrevistas no estructuradas motivadas en las preguntas de los cuestionarios, que la investigadora registró por escrito, pues la mayoría fue sin audiograbación; por eso algunas fueron reconstruidas a posteriori, respetando el clima de confianza que se creó en esta situación cara-a-cara. Fue una decisión que se adoptó en esta instancia, privilegiando la conversación que se establecía, en ocasión del tema de convocatoria. Las respuestas excedieron las preguntas, donde la singular experiencia de las limitaciones en la vida cotidiana se ponía en juego.

En esta instancia de observación directa y de participación, la atención flotante de la investigadora y la asociación libre del informante, como señala Guber (2001), favorecieron que se produjera este tipo de entrevista. Muchos relatos se relacionaban estrechamente con sus experiencias de discapacidad: su historia de vida, sus limitaciones pasadas y actuales, sus apoyos psicosociales y hasta sus sueños, para sorpresa de la investigadora; pero, sin dejar de considerar, en la reflexividad del campo, lo que su profesión convoca desde el imaginario social para que los entrevistados compartieran este tipo de producción simbólica con ella. En los casos que aconteció este tipo de entrevista, la conversación fue fluida y la investigadora realizó comentarios o nuevas preguntas ante el pedido del sujeto entrevistado o para dar apertura a nuevos significados en torno al eje del presente estudio. También cabe destacar para que esta entrevista aconteciera, no solo existía un entrevistado dispuesto a conversar, sino también una investigadora que disponía de su tiempo, para acceder al lugar en donde se propusiera el encuentro y escuchar lo que los entrevistados tenían para contar con relación al tema. Algunas entrevistas duraron media hora y otras se extendieron hasta dos horas. Estas entrevistas se generaron en casi la mitad de la muestra, 24 personas con deficiencias o “problemas en las funciones y/o estructuras corporales”. Dicha situación favoreció para que la invitación a participar en los grupos focales se efectivizara posteriormente, a salvedad de las personas con limitaciones auditivas, a las cuales se hará referencia posteriormente, en el apartado de conformación de los grupos focales.

Además del encuentro para la aplicación del cuestionario y de las entrevistas con algunos de los participantes de esta muestra, también se generaron intercambios informales post-entrevista con otros, quienes solicitaban orientación con la tramitación y/o renovación de la certificación, intercambio que fuera registrado en la bitácora de campo. La investigadora entendió esta situación como de reciprocidad, dada la información compartida y el vínculo establecido durante las entrevistas.

Cada uno de estos encuentros permitía “descubrir nuevas preguntas y prepararse para identificar los contextos en virtud de los cuales las respuestas cobran sentido. Estrategias que se despliegan a lo largo de la investigación y en cada encuentro” (Guber, 2001, p. 85).

II. Al igual que con las personas con “problemas en las funciones y/o estructuras corporales”, se generaron entrevistas espontáneas no estructuradas con los profesionales, motivadas por el cuestionario aplicado. Esto sucedió con 19 profesionales, tanto individualmente o en pequeños grupos con profesionales que pertenecían ya sea a un Área de Discapacidad o Salud Mental de una Obra Social o a una institución prestadora de servicios de discapacidad. Al finalizar de completar el cuestionario y frente a los comentarios y reflexiones que les iban surgiendo, se les solicitaba terminar de contestar el cuestionario, para luego intercambiar las opiniones y reflexiones que esas preguntas les motivaban.

También cabe destacar que algunos de ellos presentaban los criterios para ser incluidos en ambas muestras, tanto como persona con problemas en las funciones y/o estructuras corporales y como profesional de la salud. Esto sucedió en seis casos, cinco de ellos eran psicólogo/as.

Al finalizar de administrar los cuestionarios, se procesaron sus respuestas (cerradas y abiertas) y se realizaron cruces entre las distintas dimensiones relevadas. Al comparar evidencias diversas o similares de una misma categoría conceptual, se generaron propiedades y categorías que incrementaron el poder explicativo de las categorías definidas hasta ese momento (Glaser & Strauss, 1967).

Asimismo, el análisis de estos cuestionarios filtros no solo permitió detectar los participantes para la conformación de cada grupo focal, sino también identificar las imágenes asociadas al certificado de discapacidad. Estas conformaron el set de láminas de la Técnica de Fotolenguaje que fuera aplicada en el transcurso de cada grupo focal, acompañando a las pautas de entrevista.

3. Por otro lado, se inició la investigación documental anual en los medios de comunicación gráficos y digitales nacionales -privilegiando noticias o links relacionados a RMBA- sobre el tema CUD. Se relevaron 160 sitios web, comentarios en Blogs y Foros en el periodo anual establecido, pertenecientes a páginas de Organismos Gubernamentales (nacionales, provinciales y municipales), Organismos no Gubernamentales (asociaciones que representan a personas con diversas condiciones de salud), diarios, y empresas (último semestre 2015-primer semestre 2016)³³.

En el campo de las RS, los investigadores consideran a los documentos como datos no reactivos, es decir, más distanciados, y sin posibilidades de reaccionar ante la presencia del investigador. Por esa razón, es frecuente que triangulen este tipo de análisis con otras técnicas, tales como la entrevista y/o la observación. A la vez, para otros, los medios de comunicación presentan en cada época lo que las personas y grupos, luego, representan de diversos modos (Robertazzi, 2015).

La exploración en esta muestra alcanzó un nivel de saturación (Glasser & Strauss, 1967) que permitió delimitar el material seleccionado para su posterior análisis y triangulación con las otras fuentes de información. Se seleccionaron nueve sitios web que pertenecen a asociaciones, así como diarios nacionales, donde se observa un interesante y rico intercambio acerca del CUD, entre las personas con diversa condición de salud y los administradores de las páginas, también reportajes o cartas de lectores que nos brindan la cantidad y calidad de información acorde a los fines del presente estudio.

Descripción del desarrollo de los Grupos focales (Etapa de profundización al campo)

En esta segunda etapa, la investigadora buscó ampliar y profundizar el material obtenido de los cuestionarios, entrevistas no estructuradas y anotaciones en la bitácora de campo, estableciendo los alcances de las categorías significativas detectadas y con una muestra que respondiera a los criterios de inclusión para la conformación de los grupos focales.

Las ideas previas con las que esta tesista se acercó al campo se fueron refinando en la medida que se obtenían y analizaban más datos.

La convocatoria a los grupos focales fue efectivizada con tres comunicaciones:

1- Se remitió una carta invitación vía mail -algunas invitaciones, las menos, fueron telefónicas- convocándolos a participar, explicando el objetivo del trabajo grupal, el tiempo previsto para la actividad y ofreciendo un cuadro con días y horarios para que seleccionaran cuál era su mejor opción.

2- Con una base de participantes -en la mayoría ocho- se establecía un segundo contacto, vía mail o telefónico, comunicándoles el día y horario seleccionado por la mayoría y para obtener la confirmación de su presencia.

3- El día anterior a la realización, se recordaba nuevamente la invitación y la importancia de su presencia, dado que “el número de asistentes a la reunión es limitado” y “que el éxito y la calidad de la reunión estará basado en la presencia y cooperación de las personas asistentes”.

El grupo focal propicia la exploración de un tema a partir de la interacción de los participantes en un grupo conformado por informantes claves homogéneos. Se utilizó esta técnica para explorar las percepciones, creencias y significaciones de las dimensiones contempladas en este estudio, a través de una serie de pautas de entrevista diseñadas para cada grupo focal bajo las dimensiones de análisis en estudio, con el objetivo de estimular el intercambio dentro del horario previsto y propuesto a los participantes (hora y media a dos horas). Al finalizar cada grupo, se revisaba y analizaba la información obtenida junto a la que aportaban los observadores no participantes; lo que permitió que

surgieran algunas preguntas nuevas y ajustar dichas pautas en la medida en que se iban implementando los grupos focales (Ver Anexo IV).

Como ya se anticipó, además del lenguaje oral, uno de los disparadores, para facilitar el intercambio grupal, fue incluir una técnica de fotolenguaje. Con un objetivo similar al de las tablas inductoras (Abric, 1994), esta técnica consistió en presentar una serie de fotos a los participantes del grupo focal, seleccionadas por la investigadora a partir de las respuestas brindadas en los cuestionarios de la etapa inicial de aproximación al campo. Se seleccionaron imágenes asociadas a los beneficios y barreras respecto del CUD para cualquier persona con discapacidad, tales como libre estacionamiento, el certificado como DNI, exención de patente, transporte, asiento prioritario, turismo. Otras imágenes específicas, según la perspectiva que se trate, sea para personas con baja estatura, personas con discapacidad visual o personas con limitaciones auditivas formaron parte del set de láminas. Cabe destacar que se utilizaron distintas imágenes para crear algunas de láminas y representar lo expresado por los participantes, alcanzando a un total de 15 láminas que representaran la diversidad de beneficios y barreras.

La lámina acerca de la estigmatización fue utilizada en los dos últimos grupos focales, tanto el de PcDeA que no tramitaron el CUD y el de los PS, ya que surgió como respuesta, y hasta con un carácter ambivalente, en el grupo de los profesionales que orientan a la certificación de la discapacidad (Ver Anexo VI).

Las láminas fueron presentadas a cada grupo, preguntándoles qué los motivó a tramitar el certificado o qué representaba el certificado, para aquellos que no lo habían tramitado. Se les solicitaba que seleccionaran de una a tres láminas, pero tampoco se impidió que eligieran más.

Para la conformación de los grupos focales se tuvieron en cuenta los principios de homogeneidad (al interior de cada grupo) y la heterogeneidad entre sí, según los requisitos de inclusión planteados.

- 1) Adultos con deficiencias de nacimiento que han solicitado y obtenido el CUD.

2) Adultos con deficiencias de nacimiento que no han solicitado y obtenido el CUD.

3) Adultos con deficiencias adquiridas que han solicitado y obtenido el CUD.

4) Adultos con deficiencias adquiridas que no han solicitado y obtenido el CUD.

Los grupos focales se realizaron en el consultorio de la tesista que cuenta con espacio físico adecuado para el acceso de personas con sillas de ruedas. No obstante, se chequeó, para atender a todos los recaudos en accesibilidad para la participación de los asistentes con diversas limitaciones: accesibilidad en los ascensores y baños, la adecuación de la técnica de fotolenguaje para las personas con limitaciones visuales y personas con limitaciones intelectuales, entre otras.

También se encontraba previsto contratar una intérprete de lenguas de señas para personas con limitaciones auditivas que así lo requiriesen, ya que en una primera instancia -la de aplicación del cuestionario y entrevista- este grupo estaba muy entusiasmado con participar en esta investigación.

Dado que no se obtuvo respuestas a la invitación vía mail a personas con limitaciones auditivas, se consideró importante la invitación personal -cara a cara- para conocer si había alguna barrera que no se hubiera contemplado y el modo de superarla, pero ninguno de ellos quiso o pudo participar en los grupos focales (cinco personas en total), excusándose con diversos motivos (estudio, mudanza, etc.). Ya se había registrado que muchas de las personas con discapacidad auditiva que participaron en el cuestionario habían mencionado como restricción la “participación en un grupo grande”, por lo que se podía comprender que parte de la negativa a asistir dependía de esta situación. También se reflexionó si no había otra razón que motivara su no participación en los grupos, estimando que podría sumarse el hecho de que tenían que compartir el espacio con personas con otro tipo de limitaciones. Ninguno de los participantes lo expresó de este modo y solo puede basarse esta reflexión en que

la invitación escrita hablaba de cómo estarían conformados los grupos y esto pudo haber generado cierta resistencia.

Una sola persona con limitación auditiva adquirida que no tramitó el certificado de discapacidad por el Ministerio de Salud -pero sí reconocido por el MINDEF por un 70% de discapacidad auditiva- participó del grupo focal correspondiente, pero no requería intérprete de señas.

De los cuatro grupos previstos, no se pudo realizar el grupo de personas adultas con deficiencias de nacimiento que no solicitaron la certificación de discapacidad / CUD, dado que en la muestra no se encontró, dentro de los 50 casos contactados, ninguna persona que encuadrara en ese criterio. Todas las personas con deficiencias de nacimiento entrevistadas poseían certificado de discapacidad y muchas lo habían tramitado siendo jóvenes o adultos, señalando, cada una de ellas, la diferencia de su conducta con la adoptada por sus padres que no se los habían tramitado en su infancia o adolescencia.

Si bien en el anteproyecto se había propuesto realizar entrevistas en profundidad con los profesionales, y dado que ya se habían generado entrevistas con muchos de ellos, en la etapa inicial de campo, se estimó adecuado aplicar la técnica de grupo focal con los profesionales de la salud que atienden personas con deficiencias funcionales y/o estructurales y que orientan directa o indirectamente a la certificación de la discapacidad. Cabe destacar, que, en esta segunda etapa, distinguimos el criterio de orientación como directa o indirecta al CUD, ya que muchos de ellos intervenían en el proceso de la certificación, evaluando y realizando informes para que la persona pudiera tramitar su certificado de acuerdo a los requisitos establecidos por las Juntas Evaluadoras de Discapacidad, según marco regulatorio.

Respecto a este criterio de orientación indirecta a la certificación - dimensión incorporada en la segunda etapa-, es interesante señalar que algunos de los profesionales seleccionados no tomaban suficiente conciencia de cuál era el grado de participación para estos informes y que con posterioridad al intercambio en este grupo pudieron hacerlo, dando cuenta de ello en comunicaciones post-grupo. Por ejemplo, en el caso de los profesionales de la

salud que se desempeñan en Obras Sociales, cuando, ante un afiliado con un severo problema de salud que alcanza su mayoría de edad y podría quedarse sin cobertura de salud, se lo orienta al CUD, para que mantenga su afiliación bajo la categoría “hijo discapacitado a cargo”.

De los tres grupos realizados inicialmente propuestos, cada uno estuvo conformado por 6 a 5 personas (Hernández Sampieri et al., 2006), alcanzando esta muestra un máximo de 16 (dieciséis) personas; a excepción del grupo de los PS donde concurrieron 10 personas.

Cabe recordar que la fecha del grupo focal se establecía con la confirmación de ocho personas como mínimo, pero, en los tres primeros grupos, dos o tres personas se excusaron y adujeron un motivo de salud, de trabajo, de traslado o de cobro que, a último momento, hacía imposible su presencia confirmada para ese día. La excepción al tema de la convocatoria y efectiva participación lo constituyó el grupo focal de los PS que orientan directa o indirectamente a la certificación de la discapacidad.

Los cuatro grupos focales se realizaron en un período de dos meses, entre los meses de noviembre del 2016 y enero del 2017.

Cada grupo focal contó con un observador no participante³⁴, quien enriqueció el análisis posterior de cada grupo a partir de las notas registradas desde su perspectiva disciplinaria. En el primer grupo, el doctorando en psicología Pablo Ampuero Varas; en el segundo y tercero, el estudiante avanzando de antropología Federico Ugarte del Campo, y en el cuarto grupo focal con profesionales de la salud, la Dra. en Psicología Margarita Robertazzi, directora de esta tesis.

Previo al inicio del grupo, se solicitó el consentimiento informado a las personas que, de manera voluntaria, participaron del proceso de investigación para poder grabar la sesión y tomar nota por parte del observador no participante, asegurándoles el anonimato y la confidencialidad de los datos personales y explicando nuevamente los objetivos de la investigación (Ver Anexo V).

Al finalizar cada grupo, se ofrecía un refrigerio y un espacio de confraternización social, donde muchos de los temas abordados en el grupo se continuaban conversando de manera informal. La mayoría de los asistentes a los cuatro grupos focales manifestó su agrado por la participación, expresando su deseo de volver a repetirlo (ese mismo día y los días subsiguientes llegaron mails y mensajes varios que se encuentran registrados en la bitácora de campo).

Participantes de los grupos focales

1-El primer grupo focal fue conformado por personas adultas con deficiencias adquiridas que solicitaron y obtuvieron la certificación de discapacidad/ CUD. Bajo la categoría personas con deficiencias adquiridas, se estima necesario describir qué tipo de limitación tenían los participantes, dado que aparece en el intercambio que se genera: dos personas con limitaciones visuales, una con ceguera y otra con disminución visual; tres con discapacidad motora, dos que se desplazan en silla de ruedas (una de ellas, triamputada) y otra que lo hace con bastones. Los que no concurrieron a último momento fueron una persona con discapacidad mental (Veterano de Guerra de Malvinas), una persona con hipoacusia y una persona con amputación de miembros superiores. Este grupo alcanzó a seis participantes, tres varones y tres mujeres.

La participación del observador no participante fue fundamental para que la tesista reflexionara sobre la aplicación de las pautas de entrevista de un modo más flexible en los posteriores grupos focales.

2-El segundo grupo fue conformado por personas adultas con deficiencias de nacimiento que solicitaron y obtuvieron la certificación de discapacidad / CUD. Bajo la categoría personas con deficiencias de nacimiento, participaron: una persona con multidiscapacidad (con baja estatura y discapacidad visual), otra con limitaciones visuales (ceguera), personas con discapacidad intelectual (Síndrome de Down), una más con discapacidad mental y otra con discapacidad motora. Los que no concurrieron a último momento fueron: otra persona con multidiscapacidad, una persona con baja estatura y otra con hipoacusia. Este grupo alcanzó a cinco participantes, cuatro mujeres y un solo varón.

Respecto a la participación de una persona con discapacidad intelectual -fueron invitadas otras que habían participado en los cuestionarios-, se destaca la importancia de su aceptación a participar de un grupo heterogéneo, con discapacidades diversas de nacimiento. Cabe aclarar que estuvo previsto adaptar las preguntas de la pauta de entrevista a un lenguaje sencillo. Más allá de las particularidades de su lenguaje comprensivo y expresivo, o de su conducta más retraída por momentos ante exposiciones más largas por parte de algunos de los otros integrantes, resultaron muy enriquecedores los temas que propuso, como se puede escuchar en la grabación.

3-En el tercer grupo conformado por personas adultas con deficiencias adquiridas que no han solicitado la certificación de la discapacidad / CUD participaron personas con diagnóstico de cáncer, problemas cardíacos, hiper obesidad, diabetes y trastorno de estrés postraumático, entre otros. No concurrió a último momento una persona con HIV. Este grupo también alcanzó a cinco participantes. Cabe destacar que en este grupo participaron dos Veteranos de guerra de Malvinas (VGM). Uno de ellos cuenta con un 71% de discapacidad -reconocido por el Ejército bajo el mentado Anexo 40³⁵ en la comunidad de VGM-, pero no tramitó CUD por Ministerio de Salud, como lo han hecho otros compañeros. Este grupo alcanzó a cinco participantes, tres mujeres y dos varones.

4- Este grupo se conformó con 10 profesionales de la salud, de ambos géneros, que se desempeñan en heterogéneos ámbitos laborales / profesionales. A saber:

-Tres médicos (especialistas en psiquiatría, en urología y en cirugía de cabeza y cuello y que trabajan en distintos ámbitos, tanto como prestadores de servicios como en Obra Social).

-Dos psicólogos (una perteneciente al ámbito universitario y otra al ámbito clínico y a una Obra Social).

-Dos Asistentes Sociales (una perteneciente a una Obra Social y otra al ámbito deportivo).

-Una Terapista Ocupacional (perteneciente a una institución prestadora de servicios para personas con discapacidad).

-Una Psicopedagoga (perteneciente a una Obra Social).

-Una Lingüista (perteneciente a una institución prestadora de servicios para personas con discapacidad mental).

Cabe destacar que hubo conversaciones antes y después de la grabación y que se encuentran registrados en la transcripción correspondiente de la bitácora de campo.

Por último, la mayoría expresó su deseo de volver a participar de los grupos focales y muchos de ellos lo expresaron con diversos mensajes post-encuentro, dando cuenta de la importancia de los espacios de intercambio y participación en la temática entre los profesionales de la salud.

El material de cada grupo focal, así como la entrevista en profundidad que se detalla a continuación, fue desgrabado por la tesista.

Descripción de la entrevista en profundidad con el interlocutor clave, Dr. Roberto Sivak

Motiva el contacto con este interlocutor su presentación en el IX Congreso de la AASM del año 2015, al inicio del Capítulo de Discapacidad e Integración. En dicha ocasión, él se presenta del siguiente modo: “Yo soy Roberto Sivak. Yo tengo certificado de discapacidad.”

Junto a esta presentación, su amplia experiencia como médico psiquiatra y psicoterapeuta, especialista en estrés postraumático y su conocimiento experiencial como persona con discapacidad, consecuencia de la polio padecida al año de vida, fueron las razones que motivaron a la tesista a solicitarle una entrevista, en su carácter de interlocutor clave y experto en la materia.

La entrevista fue concedida rápidamente y se realizó en el Hospital Álvarez, donde trabaja como médico de planta, a partir del cupo laboral para las personas con discapacidad, como luego él mismo lo expresó en la entrevista.

El encuentro se realizó en el bar del Hospital donde, según él, se daban las condiciones físicas para recibirme adecuadamente y realizar así la entrevista.

A mitad del encuentro, se incorporaron los residentes de psiquiatría latinoamericanos que realizan sus prácticas en dicho Hospital. Luego de preguntar si podían participar los residentes, para escuchar sobre el tema de tesis y el modo de llevarla a cabo, el interlocutor clave explicó que sus estudiantes debían hacer una tesina al finalizar su residencia. Esta situación nueva colocó a la tesista, por momentos, como profesora más que investigadora. Así como, en otro momento, ante las preguntas del Dr. Sivak, en el lugar de alumna. También en el transcurso de la entrevista invita a la tesista a dar una clase en la Universidad Maimónides.

Los residentes mantuvieron un rol de observadores no participantes, salvo en dos ocasiones que preguntaron sobre el nombre de un instrumento de evaluación y acerca del comportamiento de personas con estrés postraumático.

La entrevista duró una hora y quince minutos aproximadamente. Ya concluida, a pedido del Dr. Sivak se toma una foto de todo el grupo. Posteriormente, solicita que se reanude la grabación porque quiere terminar con unas palabras. En esos cinco minutos finales, se genera otro aporte y un intercambio con la tesista respecto a la población de VGM, que forma parte de los participantes de la muestra.

En tal sentido, esta experiencia con el interlocutor clave permitió confirmar la hipótesis de trabajo, enriquecida con sus propios aportes desde el conocimiento experiencial y profesional.

Las etapas del análisis de datos

Por tratarse de un enfoque predominantemente cualitativo, que se combina con técnicas de recolección y análisis de datos cuantitativos, dada la diversidad poblacional y la complejidad del problema, se comenzó este estudio diseñando cuestionarios filtro, para conformar dos muestras: una de personas con deficiencias y otra de profesionales de la salud.

En esta primera etapa, se analizaron descriptivamente las citadas muestras en lo atinente a datos sociodemográficos, respuestas cerradas y abiertas contempladas en los cuestionarios. Por otro lado, se analizaron las características de las comunicaciones y noticias atinentes al CUD en el periodo anual investigado. La estrategia que se aplicó para elaborar los datos fue la comparación permanente o constante. Los resultados que se fueron generando a partir de estas comparaciones se registraron verbal y gráficamente y se fueron integrando a medida que progresaba el análisis.

En un segundo momento de transcripción y análisis del material proveniente de los grupos focales, las entrevistas, los registros de observaciones y la descripción de documentos, se seleccionaron todos los textos producidos durante la etapa de trabajo con los actores sociales. Se realizaron varias lecturas con la finalidad de obtener una primera organización que permitiera delimitar los contenidos significativos, para la posterior elaboración de las categorías, de acuerdo con los objetivos que esta tesis propone.

Para construir las categorías, se tomó como unidad de análisis la frase con sentido, procediendo luego a clasificar todas esas frases en función de la semejanza de sus contenidos específicos. A partir de tales semejanzas, se construyeron las categorías de análisis, lo que permitió transformar los datos por agregación, descomposición y enumeración (Bardin, 1986).

Una vez identificados los principales componentes representacionales (categorías principales y subcategorías) se organizaron sus contenidos jerárquicamente para el posterior análisis de contenido (Bardin, 1986). De acuerdo con el citado autor, se procuró que las categorías fueran inclusivas, pero a la vez excluyentes, respetando a la vez las voces controversiales.

Esta segunda etapa del análisis relacional, o reconstrucción del núcleo figurativo, incluye dos pasos sucesivos: la codificación axial y la codificación selectiva. Una vez identificadas las categorías centrales, se construyó alrededor de ellas una red de conceptos, como forma de ir integrando las categorías y subcategorías, generando teoría fundamentada (Strauss & Corbin, 2002), a partir del marco teórico propuesto en esta tesis.

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
1.INFORMACIÓN acerca del Certificado de Discapacidad / CUD	<p>1.1. <u>Modo de aproximación</u>: se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todas las frases en las que se comenta el primer contacto con el objeto de representación a través de la información directa o indirecta, formal o informal, sea a través de familiares, vecinos, amigos, compañeros, profesionales de la salud y medios de comunicación, entre otros.</p> <p>1.2. <u>Marco de clasificación y componentes comprendidos en la evaluación de la certificación de la discapacidad</u>: se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todas las frases que expresan el conocimiento acerca del diagnóstico médico (enfermedad), la evaluación de la condición de discapacidad (deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación) y situación de discapacidad (facilitadores y barreras que describen los factores ambientales de la situación de discapacidad).</p> <p>1.3-<u>Alternativas de la tramitación voluntaria</u>: se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todas las frases relacionadas con el gestionar el otorgamiento o no, renovar o no el certificado ante su vencimiento y su denegación.</p>
2.PROCESOS IDENTITARIOS vinculados a la Certificación de la Discapacidad	<p>Se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todos los enunciados relacionados con las acciones procesuales que relatan las personas, en ocasión de la tramitación o no de la Certificación de la Discapacidad y el uso de este certificado en la vida cotidiana. Se observa dentro de esta dinámica de los procesos identitarios, las subcategorías identidad personal e identidad social.</p> <p>2.1. <u>Identidad personal</u>: se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todos los enunciados que</p>

	<p>exponen los protagonistas y que comprenden tanto al autoconcepto (la percepción que se tiene de sí mismo) como a la autoestima (la forma en que la persona se siente respecto a quien es), en ocasión de tramitar o no el Certificado de Discapacidad.</p> <p>2.2. <u>Identidad social</u>: se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todas las frases que manifiestan los participantes acerca del conocimiento que poseen sobre su pertenencia a determinados grupos sociales, junto a la significación emocional y el valor que tiene dicha pertenencia.</p>
3-ACTITUD respecto al Certificado de Discapacidad/ CUD	<p>Se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y todas las frases en los que los participantes exponen la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable, acerca del CUD; dichos en los que se manifiesta un sistema de anticipaciones y expectativas.</p> <p>3.1-Contempla enunciados en los que pueden conocerse las dimensiones cognitiva, emocional y conductual respecto del objeto de la representación.</p> <p>3.2-Alcances de la certificación: Se refiere a todos los fragmentos del discurso grupal y a todas las frases que se enuncian respecto a los beneficios y las barreras que las PcD pueden experimentar con su otorgamiento.</p>

En el análisis del material textual, se adoptaron los criterios propuestos por Jodelet (Banchs, 1990) para organizar las fuentes globales de procedencia de información, “extendidas en un continuum que va desde lo personal a lo más impersonal; desde las informaciones procedentes de las experiencias vividas por las propias personas, a lo que las personas piensan, expresado en términos de

roles” (Araya Umaña, 2002, p. 74) y las obtenidas en los medios de comunicación gráficos y digitales.

Respecto a las opiniones escritas, extraídas de distintos sitios Web, cabe señalar que son transcritas de modo literal, por lo que algunas de las frases pueden tener errores ortográficos o estar escritas en mayúsculas, consignando [sic], de acuerdo a lo establecido en normas APA para los textos académicos.

En función de la abundante cantidad de material textual, para su presentación, se realizó una codificación de las personas participantes, es decir, de las distintas fuentes de información y de los instrumentos de los cuales procede cada contenido.

Participantes:

PcDN = Personas con deficiencia de nacimiento con certificado de discapacidad/CUD.

PcDA = Personas con deficiencia adquirida con certificado de discapacidad/CUD.

PcDeA = Personas con deficiencia adquirida sin certificado de discapacidad/CUD.

PS = Profesionales de la salud.

IC = Interlocutor clave.

Mo = Moderadora grupo focal

O = Observador no participante

En = Entrevistadora

Técnicas e instrumentos:

BC = Bitácora de campo.

C = Cuestionario.

E = Entrevista.

MC = Mensajes o noticias extraídas de sitios Web o medios gráficos.

GF = Grupo focal

De este modo, se agruparon los enunciados y los códigos elegidos, conservando la fuente y respetando la privacidad de la identidad de quienes expresaron dicho concepto. En función de una postura ética, se identifican a los integrantes de los grupos focales con una letra –o letra y número, cuando la letra se repite- en los fragmentos de discurso grupal seleccionados, para que pueda valorarse la conversación argumentativa que se establece entre ellos. Del mismo modo, las personas entrevistadas están identificadas por una inicial. La tesista esta identificada con el código “En”, en su función de entrevistadora, y con el código “Mo”, cuando es moderadora del grupo focal. Asimismo, se estimó adecuado enmarcar los fragmentos del discurso grupal para diferenciarlo de otros enunciados, ya sea de las entrevistas o del cuaderno de la bitácora de campo.

Desde el enfoque procesual, se privilegiaron dos vías de acceso al conocimiento, propuestas por Banchs (2000): una, a través de método de recolección y análisis cualitativo de los datos; otra, atinente a la triangulación, combinando múltiples técnicas, teorías e investigadores para garantizar la confiabilidad de las interpretaciones. A través del método comparativo constante se ha podido simultáneamente codificar y analizar datos para desarrollar conceptos basados en la teoría fundamentada, favoreciendo la descripción del fenómeno (Strauss & Corbin, 2002).

A posteriori, se analizó la conversación argumentativa de los grupos focales, desde el punto de vista de la Psicología Social Retórica (Billig, 1987), tomando en consideración los lugares comunes, las controversias y las metáforas (Malfé, 1994; Marková, 2003; Robertazzi, 2009). En tal sentido, se presenta un análisis de las metáforas y un análisis gráfico de los significantes (Araya Umaña, 2002), a modo de síntesis del análisis de contenido, y de las prototipias del sentido común en las que se expresan las RS acerca del CUD.

En este capítulo, se han expuesto las principales decisiones metodológicas que tuvo en cuenta la tesista para el estudio. A continuación, se presentan los resultados elaborados de las dos etapas de trabajo en campo.



II PARTE



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPITULO VI. RESULTADOS

ETAPA DE INMERSIÓN INICIAL AL CAMPO

Descripción de las personas con deficiencias funcionales y/o estructurales participantes

En función de tomar contacto con personas que presentan una o varias deficiencias, diversas enfermedades, con distinto nivel de limitaciones en la vida cotidiana y que pudieran tramitar o no un certificado de discapacidad, se denominó a la población como “personas con deficiencias”, enfatizando el aspecto médico más que social y sin presuponer su condición de discapacidad certificada. Como se expone en el capítulo III, la lucha de las denominaciones ocupa lugar en este campo, por lo que se encontró -casi al inicio de primera etapa- un obstáculo al respecto. En una de las primeras entrevistas con una persona con “deficiencia de nacimiento”, cuestiona esta nominación y expresa su disconformidad a la denominación “persona con deficiencias funcionales y/o estructurales”, ya que “quita dignidad a la persona con discapacidad”. Llamativamente, representó la única persona con deficiencias de nacimiento de esta muestra que no había tramitado el CUD, aunque en el transcurso de la entrevista, recuerda que hace 20 años había tramitado el certificado para la adquisición de un coche y que no lo renovó por “la burocracia y corrupción existente”. Esta situación condujo a modificar la denominación de este cuestionario y optar por la que propone la CIF para el aspecto negativo de una condición de salud en el nivel corporal, descriptivamente denominada como “problemas en las funciones y/o estructuras corporales”. Desde que se aplicó esa nominación, no hubo otra objeción en su uso.

El primer cuestionario contemplaba los criterios propuestos en el WHODAS 2.0. (OMS, 2010) para la caracterización sociodemográfica, sumado a otros atinentes a la identificación de la muestra: momento de aparición y tipo de Deficiencia/Diagnóstico/limitaciones en la vida cotidiana/ CUD (si/no) / Desde cuándo y por qué solicitaron el CUD.

Como se ha mencionado anteriormente, se reformularon cinco ítems en función de los objetivos de este estudio:

1-El título queda expresado del siguiente modo: “Cuestionario para personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales”, desde el marco conceptual CIF

2-En tipo de deficiencias, se enumeraron las que están establecidas por ley (visual, auditiva, motora, visceral, mental e intelectual). De este modo, se agregaría, junto a la de “discapacidad mental”, la “intelectual” (con la que las personas con Síndrome de Down se identifican). Asimismo, se sustituyó la de “Multidiscapacidad” por “Otras”, que permitió incluir todas aquellas deficiencias que distintas enfermedades comprenden sin ser encuadradas en las descriptas previamente.

3-Se incorporó la pregunta sobre hace cuántos años que le otorgaron el certificado, lo que constituyó un dato que permitía valorar, en personas con discapacidades de nacimiento, en qué año lo tramitaron y si lo hicieron por cuenta propia.

4-Dado que muchos de los entrevistados aún no habían tramitado el CUD (nuevo nombre que adquiere el certificado de Discapacidad) en función de la vigencia del anterior, se brindaron las dos opciones -tanto certificado de discapacidad como CUD- ya que comprendía igual sentido para los fines del presente estudio.

5-Con respecto a la pregunta sobre el autoconcepto, se reformuló agregando un aspecto vinculado a la autoestima. La pregunta quedó de este modo: “¿Tanto en el caso de haber tramitado el certificado de discapacidad como no, considera que tramitarlo influye o influiría en su autoconcepto, en el modo de percibirse o valorarse a sí mismo? Explique brevemente el porqué de su respuesta”.

En el Anexo II, figura el cuestionario definitivo.

Junto al cuestionario mencionado previamente, se aplicó el WHODAS 2.0. WHO Disability Assessment Schedule (Cuestionario para la evaluación de la

discapacidad de la Organización Mundial de la Salud). Versión de 12 preguntas (OMS, 2010). Cabe destacar que, a los fines del presente estudio, interesó indagar la autopercepción de la persona con respecto a sus limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación ya que este aspecto, junto a las deficiencias que conforman la condición de discapacidad, es plausible de ser certificado. Las preguntas que incluye este cuestionario sobre las dificultades que presenta la persona en diversos dominios de la vida cotidiana debido a su condición de salud (funcionamiento-discapacidad) favoreció el intercambio acerca de las limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación específicas de cada entrevistado, con diversos niveles de severidad, según dominios y más allá de que estuviera certificada o no esta condición.

Con el objetivo de conformar la muestra de acuerdo a los criterios de inclusión planteados, se aplicó el cuestionario filtro a cincuenta personas adultas con deficiencias. Este tamaño de la muestra se debió fundamentalmente a la diversidad de condiciones y situaciones de salud que se propuso estudiar.

El primer criterio filtro a relevar fue el lugar de residencia de los participantes de acuerdo al ámbito geográfico seleccionado.

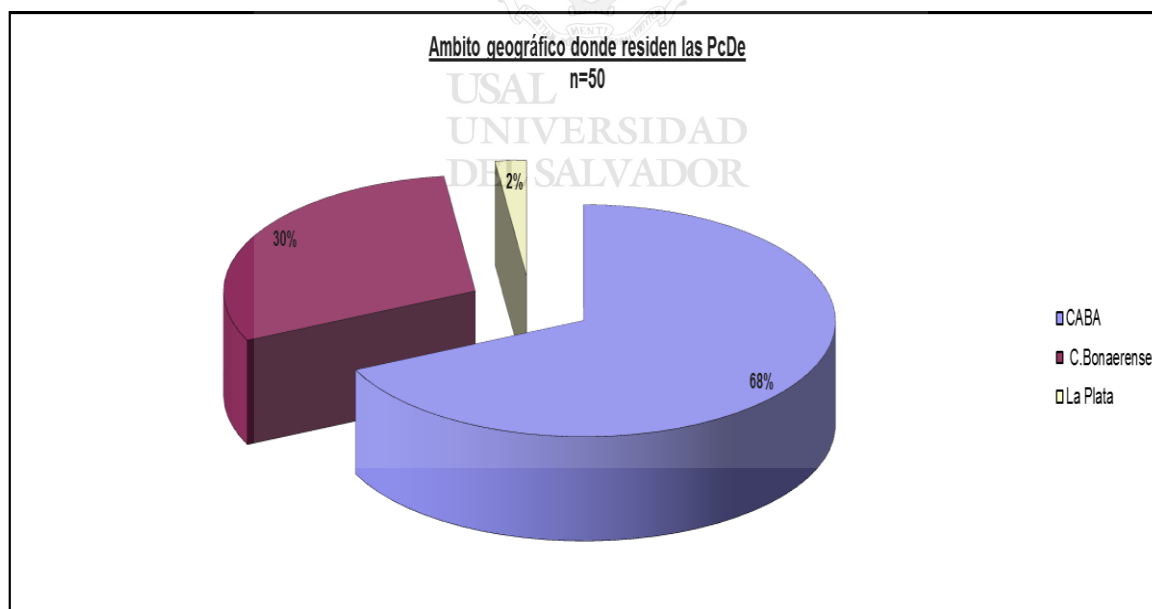


Figura 5. Ámbito geográfico donde residen las personas con deficiencias

Nota: CABA(n=34), La Plata(n=1) y Conurbano bonaerense(n=15). Las localidades comprendidas dentro de Conurbano Bonaerense fueron Monte Chingolo, Lanús, Temperley, San Fernando, Tres de Febrero, González Catán, Ramos Mejía, Morón, Villa Ballester, Turdera, Martínez, LaFerrere, Ramos Mejía y Rafael Castillo.

Dado que esta investigación se propuso investigar la población adulta; la edad de los entrevistados osciló entre los 21 y los 65 años, a excepción de una persona de 68 años económicamente activa (en su doble carácter de PcD y profesional de la salud). Cabe destacar que el grupo etario de 60 a 69 años estuvo conformado por personas con deficiencias de nacimiento y adquiridas, algunas de ellas que no tramitaron el certificado de discapacidad y otras que lo tramitaron en un período que va entre los 36 años y los 12 años atrás, otro dato que fue relevado en el presente cuestionario.

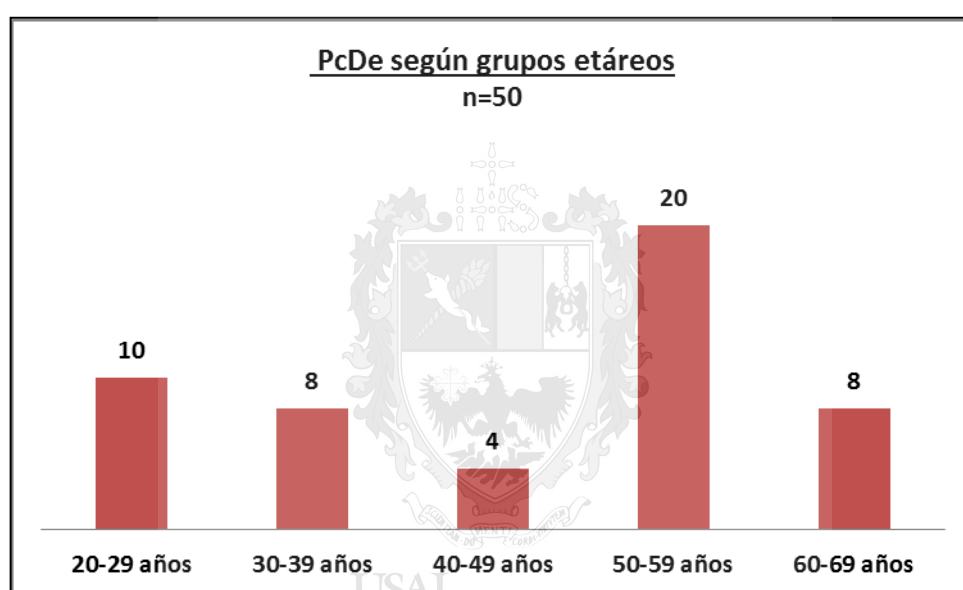


Figura 6. Personas con deficiencias según grupos etáreos

La distribución por género de la muestra fue equitativa como se observa en el siguiente cuadro.

Tabla 1. Personas con deficiencias según género

Masculino	Femenino
25	25

Los niveles de escolaridad alcanzados son variados.

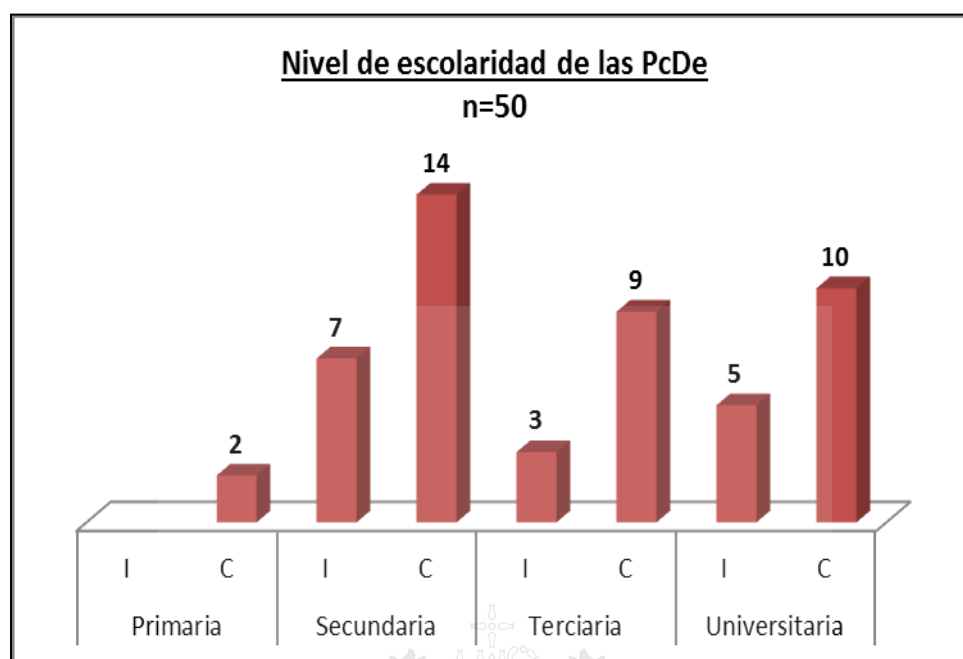


Figura 7. Nivel de escolaridad de las personas con deficiencias

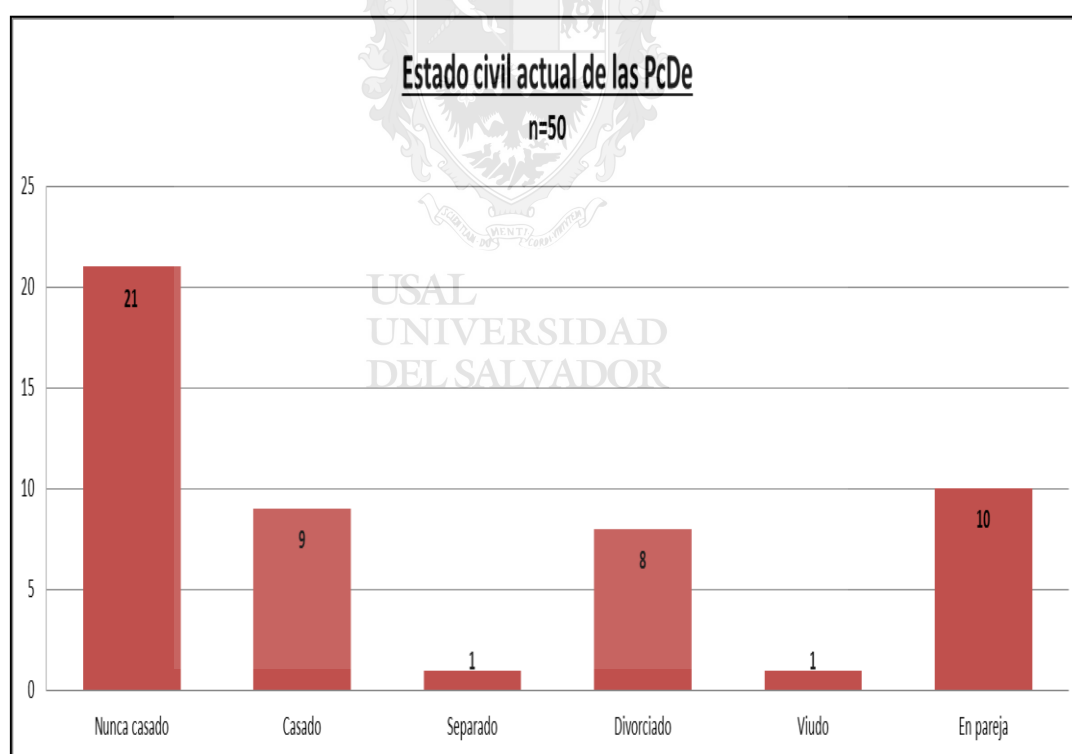


Figura 8. Estado civil actual de las personas con deficiencias

Tabla 2. Situación laboral de las personas con deficiencias

Situación laboral de las PcDe	
Asalariado	38
Cuenta propia	5
Trabajo no remunerado	4
Estudiante	2
Responsable quehaceres de la casa	2
*Jubilado	5
*Pensionado	8
Desempleado por motivos de salud	3
Desempleado por otros motivos	1
Otros	0

Cabe destacar que 18 personas contestaron más de una opción. Entre ellas se encuentran personas jubiladas por discapacidad con un régimen especial por edad, como el que poseen las personas con discapacidad visual, pero que también pueden estar trabajando por cuenta propia. Por otro lado, los pensionados Veteranos de Guerra de Malvinas es una de las pocas poblaciones en las que tiene compatibilidad el beneficio de la pensión con el empleo remunerado.

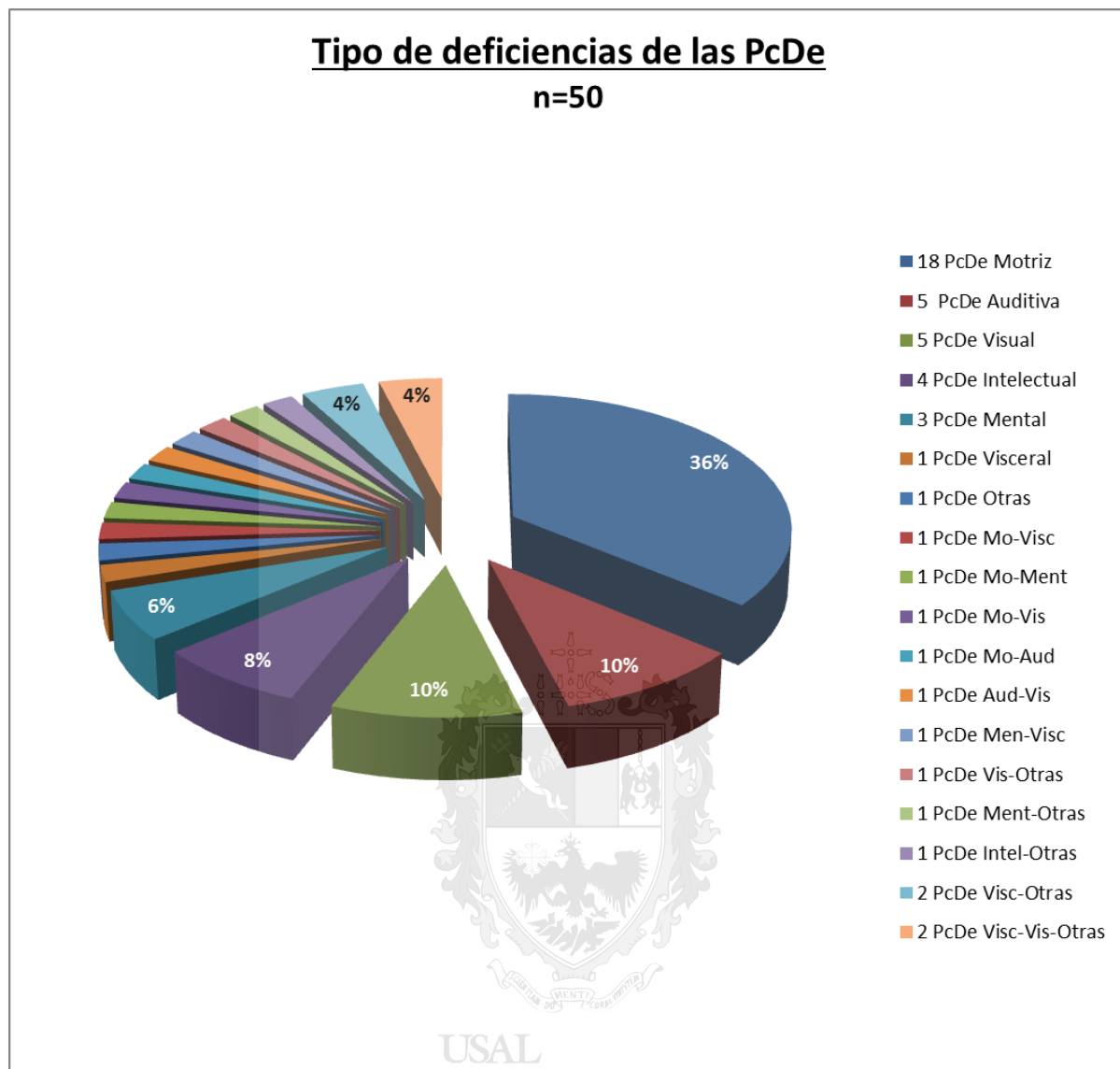


Figura 9. Tipo de deficiencias de las personas participantes

*Nota: Otras contempla condiciones de salud tales como distintos tipos de cáncer, HIV, diabetes, hipertensión, hipertiroidismo, hiperobesidad, adicciones.

Cabe agregar respecto a las personas con discapacidad intelectual -DI- que pudo accederse principalmente por intermedio de una de las madres que conforman parte de una Asociación. Estaban citados a un taller y, previo a esta actividad, se los invitó a participar del cuestionario. Se destaca su deseo de participar motivados por el tema del certificado de discapacidad, sin conocimiento previo de la tesista.

La única persona con DI entrevistada a la que pudo accederse fuera de esta organización estaba junto a su madre, quien la alentaba a ella a responder

libremente las preguntas que se formulaban, dejándonos luego a solas para proseguir la entrevista. Es esta joven la que posteriormente acepta la invitación a participar en el grupo focal.

Tabla 3. *Momento de aparición de la deficiencia*

Nacimiento	Adquirida
16	34

Siguiendo a Devenney (2004), se adoptó esta distinción dadas las diferentes trayectorias de vida entre personas con discapacidad de nacimiento y personas con discapacidad adquirida, estimando que la misma podría aportar datos con relación a las RS acerca del certificado de discapacidad, entre aquellos que lo tramitaron y los que no.

No obstante, en la medida que avanzó la investigación, la categoría de discapacidad adquirida apareció como relativa para aquellas personas que han convivido con una determinada condición de salud desde los primeros años de vida y que viven esa condición como si fuera “desde el nacimiento”.

Conocimiento del diagnóstico médico

La mayoría de las personas a quienes se administró el cuestionario conocían su diagnóstico médico. Solo dos de cincuenta personas dijeron no recordarlo, aunque sí el tipo de deficiencia en el primer caso o las limitaciones en la vida cotidiana en el segundo. En ambas situaciones, tramitaron su certificación de discapacidad. Por el contrario, la mayoría no conocía la descripción de la funcionalidad y discapacidad que certifica la CIF dada su codificación alfanumérica, información que singulariza la situación de discapacidad de cada persona.

Percepción de la condición de salud

Cabe recordar que en términos CIF se entiende por aspecto positivo de condición de salud a la integridad funcional y estructural, las actividades y la participación. En tanto el aspecto negativo comprende las deficiencias, las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación.

Junto al cuestionario filtro, se aplicó el WHODAS 2.0- WHO Disability Assessment Schedule (Cuestionario para la evaluación de la discapacidad de la OMS). Versión 12 preguntas (2010), con el objetivo de indagar la autopercepción de la persona con respecto a sus limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación y no la medición de la salud y la discapacidad que no es objeto del presente estudio. Se entendió que la aplicación de este instrumento brindaría una información relevante, dado que más allá del diagnóstico médico que pudiera conocer la persona y que se encuentra comprendida dentro de la certificación, por sí solo no da cuenta de las limitaciones en la vida cotidiana ni de la tramitación de la certificación de la discapacidad, aun en casos en que la limitación pudiera ser significativa.

Es un aspecto destacable considerar que, en aquellas personas entrevistadas que no habían tramitado el CUD y presentaban 4 a 6 limitaciones significativas en alguno de los dominios de la vida cotidiana, se presentaban limitaciones como máximo durante al menos la mitad de jornada de tiempo o más (Querejeta González, 2004). La mayoría explicó que había tenido problemas burocráticos para solicitarlo (por ejemplo, persona con trastorno mental, internada por tratamiento de adicciones, persona con deficiencia visual) o que estaba por tramitarlo (persona con esclerosis múltiple).

También se encontraron personas con diagnósticos médicos de cáncer (carcinoma papilar tiroideo, cáncer de mamá y de piel, Linfoma Hodgkin y no Hodgkin), HIV, problemas cardíacos, polio, diabetes, hiperobesidad y problema de tiroides, que manifestaron tener una o dos limitaciones en la vida cotidiana y que no tramitaron el CUD. Una mención especial para los Veteranos de Guerra de Malvinas que portan diagnósticos de enfermedades con porcentajes del 45 al 71% de discapacidad (por problemas psiquiátricos o auditivos por desprendimiento de tímpano o problemas músculo esqueléticos como lesión cubito parcial izquierdo), según evaluación para el Anexo 40 del MINDEF y que no deciden tramitar su certificado de discapacidad por el MINSAL, auto describiendo sus limitaciones en la vida cotidiana como mínimas y más allá de los porcentajes de diagnósticos de enfermedad que padecen como consecuencia del conflicto bélico. En el próximo apartado, se analizará qué representa la

tramitación de un certificado u otro para este grupo de Veteranos de Guerra de Malvinas.

Tanto para esta población específica como para el resto de la población entrevistada, quienes poseían certificado de discapacidad, se detectó a través de este instrumento que muchos de ellos se auto percibían con ninguna o mínima limitación en la vida cotidiana, pero que, debido al diagnóstico médico que portaban, tramitaron su CUD. Estas son personas que padecen diagnóstico de esquizofrenia y esquizoafectivo, trastorno de estrés postraumático, hipoacusia, esclerodermia, problemas cardíacos o músculo esqueléticos, como agenesia del fémur con subluxación de cadera, secuela de poliomielitis o hasta amputación bilateral de ambos pies, dado que, con la prótesis adecuada, no percibían limitación en la vida cotidiana según estos dominios.

Además de aplicar este breve cuestionario sobre limitaciones en la vida cotidiana, seleccionado por el tiempo de aplicación, se agregó otra pregunta abierta para saber si consideraban alguna otra limitación que afrontaban en la vida cotidiana que no estuviera contemplada. En tal sentido, cabe mencionar

Las respuestas textuales que agregaron las personas entrevistadas fueron las siguientes:

- Insomnio. Limitaciones emocionales para desplazarse en transporte público. Tristeza que se agrava con el frío.
- Comunicación receptiva cuando hay mucha gente.
- Comunicación. Barrera trámites. Convocatoria solo verbal.
- Interactuar con otras personas en forma grupal.
- Realizar esfuerzo físico como subir escaleras, correr el colectivo.
- Comunicación receptiva grupo grande.
- No limitación, pero sí barreras del entorno.
- Introversión.
- Barreras urbanas y de transporte.
- Restricción participación por barreras físicas y sociales (estereotipos).

- Falta de acceso a información auditiva o digitalizada para compras de supermercado.
- Barreras físicas. Hay muchas [sic].
- Pérdida sensibilidad del tacto.
- Problemas relacionales con la familia.
- Me cuesta las matemáticas [sic].
- Limitación actividad con la fuerza muscular. Barreras movilidad.
- Subir escaleras.
- Accesibilidad transporte público.
- Traslado en transporte público.
- Participar en actividad deportiva fútbol.
- Subir escaleras y transitar por las veredas.
- Manejo del estrés e insomnio.
- Accesibilidad mostradores, falta de ascensores o escaleras mecánicas.
- Trastorno del sueño por dolor.
- Desgano.
- Falta de accesibilidad.
- Buscar la manera de escuchar al otro. Participación en reuniones grandes.
- Restricción participación deportes, teatro, música.
- Incremento de la severidad del problema visual.

Las limitaciones que aparecen en este listado están estrechamente asociadas a la/s deficiencia/s que presenta la persona entrevistada y singularizan la limitación en la vida cotidiana que enfrenta, más allá del problema listado en el

instrumento propuesto. Se destacan en estos agregados textuales las limitaciones de las personas con problemas auditivos y mentales, lo que no está contemplado en la versión de este instrumento. También es interesante observar los que mencionan las barreras como limitación, poniendo el acento en la situación de discapacidad más que en la condición. En tal sentido, al menos tres de los entrevistados manifestaron su disconformidad con que el cuestionario propuesto no contemplara más preguntas acerca de la situación. Por otro lado, estas personas también fueron las que expresaron su duda respecto de la aplicación del certificado, cuestionando si debía corresponder a salud y enfatizando el enfoque de derechos.

Certificación de su condición de salud

De las 50 personas, 37 tramitaron su certificación de discapacidad.

Un dato muy interesante detectado en esta muestra intencionada es que no se hallaron personas con deficiencias de nacimiento que no hayan tramitado el certificado de discapacidad. Por el contrario, tanto en las entrevistas mantenidas post aplicación del cuestionario como en los grupos focales, muchos de ellos explicaban que lo tramitaron de adultos por propia decisión, diferenciándose de sus padres que no lo habían querido tramitar.

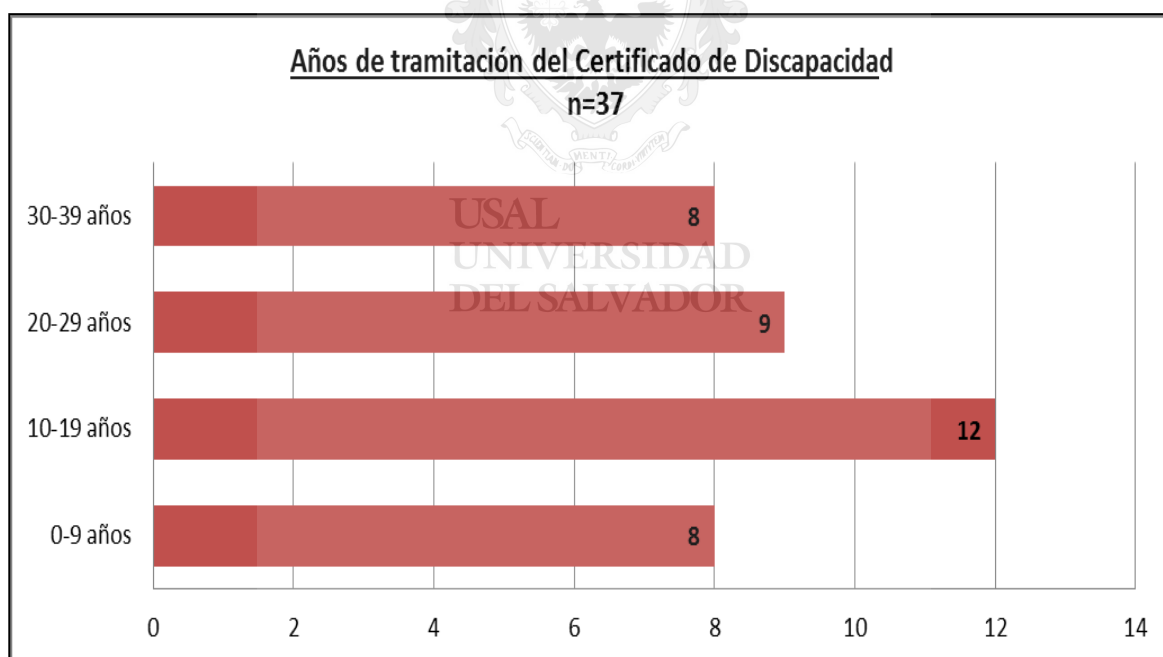
Respecto de los trece restantes, con diversos diagnósticos de enfermedad y limitaciones en la vida cotidiana, ya están mencionados en el apartado anterior. Algunos de ellos nunca pensaron en tramitar el certificado por no considerarse discapacitado y porque las enfermedades que presentaban las tratan “de otro modo”. Dos de ellos lo quisieron tramitar, pero consideraron el trámite engorroso y otro de ellos lo tramitó, pero le fue denegado, aunque tenía certificado del MINDEF por la discapacidad auditiva debido a desprendimiento de tímpano (esta figura de la denegación, como una posibilidad ante la evaluación de la solicitud, será tratada posteriormente). Una cuarta estaba por tramitarlo, dada la precariedad de su contrato laboral.

Un apartado especial requiere la situación de los Veteranos de Guerra de Malvinas que participaron de esta investigación y que no tramitan el certificado de discapacidad del Ministerio de Salud -objeto de nuestro estudio-, pero sí el

Anexo 40 por el Ministerio de Defensa. Esta certificación es una evaluación de las enfermedades, secuelas del Conflicto Bélico en Malvinas de 1982. Estos participantes discriminan entre los dos certificados, considerando que este último implica “un reconocimiento” de las secuelas por su participación en la guerra; en cambio el otro lo requieren personas con “otras necesidades”. Cabe recordar que la población de Veteranos de Malvinas posee su propio régimen de beneficios sociales (transporte, peaje, cupo de empleo, entre otros, de acuerdo a la localidad de nuestro país).

Uno de los VGM que tramitó el certificado de discapacidad por MINSAL a instancias de la Obra Social para el otorgamiento de un implante coclear, con un 35% de discapacidad reconocida por el Ejército por desprendimiento de tímpano, y que fuera denegada su solicitud, expresó ante la pregunta sobre la influencia en el autoconcepto: “Claro que sí. Tramitar el CUD sin necesidad, es menospreciar al que menos tiene. Es una regla de convivencia”.

Figura 10. Años de tramitación del Certificado de Discapacidad



Actitud positiva o negativa (beneficios y barreras) hacia el objeto de representación

Una de las preguntas del cuestionario estuvo dirigida a registrar cuáles fueron los motivos para tramitar el certificado (hasta tres).

Se registraron las siguientes respuestas:

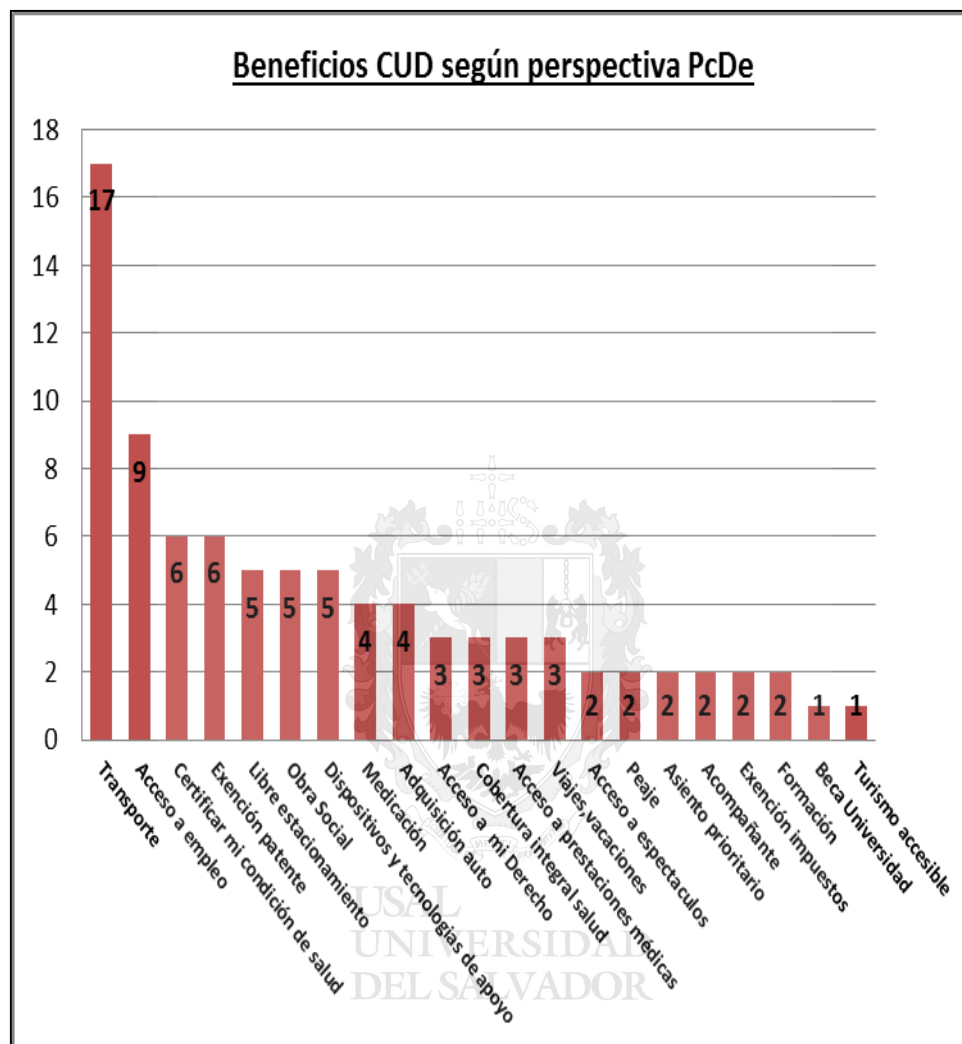


Figura 11. Beneficios del CUD según personas con deficiencia

Entre los motivos de las personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales de diversa intensidad, pero que no tramitaron la certificación de discapacidad, se encuentran aquellos que no se consideran “discapacitados” por responder adecuadamente a las demandas de la vida cotidiana, por conservar sus facultades intelectuales, por considerar que no les corresponde (dos de ellos desde una perspectiva económica) o por la complejidad del trámite. Respecto a este último motivo, ya se comentó acerca de una persona con deficiencias de nacimiento que, al inicio de la aplicación del

cuestionario, dijo no tener certificado y que había obtenido su empleo sin utilizar el 4% del cupo laboral, aunque luego recordó haberlo tramitado hace veinte años para la adquisición de un automotor. Posteriormente, al preguntarle porque no lo renovó, expresó que eran “absurdos los requisitos”, que “hay maltrato de los funcionarios y corrupción”. Ella fue la única que no lo había renovado en una muestra de 50 personas.

Autoconcepto y autoestima con relación al CUD (identidad personal)

La pregunta final del cuestionario contemplaba esta dimensión que se estimaba significativa en la exploración, dado el nombre que se certifica en este trámite.

En este punto, se registraron similitudes entre las respuestas de las personas con deficiencias de nacimiento como en las personas con deficiencias adquiridas, al concebirla como parte de su identidad o como su derecho por la condición de salud que presenta, como un mecanismo que lo ampara de situaciones de discriminación. Algunos lo consideran como un simple trámite, como sacar la licencia de conducir, y otros como un trámite muy valioso, como una herramienta que habilita para el acceso a derechos, entre ellos la identidad con su condición de discapacidad.

Sí se observa una diferencia en algunas respuestas de personas con deficiencias adquiridas, tanto las que refieren que no les influye porque no sienten diferencia con los demás por tener certificado, como aquellas que, si bien contestan no, dicen que a veces la mirada familiar pesa por poseer el certificado. Uno de ellos contó que su hermana le dice: “te haces el discapacitado”. También es interesante, que, ante esta pregunta, surgió en muchos de ellos la distinción entre discapacidades visibles y no visibles, y el modo en que la certificación facilitó presentarse con una condición de discapacidad que no se observaba a simple vista. Por ejemplo, para aquellas personas con deficiencias músculo esqueléticas y que no usan muletas. Más allá de la visibilidad e invisibilidad de las deficiencias, también surgió el tema de la simulación por parte de algunos en su doble carácter, al ser también profesionales de la salud.

En cuanto a las personas con deficiencia de nacimiento, se observó en dos de ellas una respuesta ambivalente en la fundamentación asociada al “desprestigio personal” y que “suena fuerte” por la nominación que el certificado conlleva. Coincidentemente a la distinción realizada en el párrafo anterior, estas dos personas poseen discapacidades visibles.

En otro apartado se encuentran las respuestas de las personas con deficiencias adquiridas, con diversa condición de salud, que no tienen el certificado de discapacidad. De las trece personas, ocho contestaron que no influía en el autoconcepto y fundamentaron su respuesta mayoritariamente desde el derecho, una de ellas diferenciando que: “si tenés discapacidad es un derecho, ahora si tenés una enfermedad no corresponde tramitarlo”. También otras dos personas de este grupo refirieron que “se pone en cuestionamiento aquellos que están bien” o que “por una pequeña deficiencia lo tramitan”.

Los cinco restantes que contestaron que sí lo fundamentaron del siguiente modo: “invalidaría mi forma de valorarme”, “condiciona más que dar un privilegio”, “sin tener necesidad”, “impacta el nombre para él y el grupo”, “me resta fuerza, no me suma; no obstante, considero que, si para alguien el certificado lo habilita a algo que cree que, si no no podría, lo veo beneficioso”.

Identidad social

De las cincuenta personas entrevistadas, casi la mitad (23) participan en una asociación.

Algunas de estas asociaciones donde participan son para personas con similar condición de salud (Asociación de sordos argentinos, Club de sordos, ASDRA-Asociación Síndrome de Down de la República Argentina, APPA-Asociación Postpolio Argentina; ACONAR-Asociación civil de Acondroplasia argentina, ZOE-Acondroplasia Argentina, CILSA, Observatorio Social de la Discapacidad, Grupo de personas con by pass gástrico, Comunidad Terapéutica de adicciones).

Otras se agrupan bajo la defensa de derechos para las PcD (REDI – Organización política cuyo principal objetivo es incidir por los derechos de las PcD bajo el modelo social). Y otras desde la inclusión River sin barreras (Promover

cambios actitudinales respecto a la representación social de la discapacidad, generando oportunidades y afianzando derechos). Best buddies (para promover la inclusión entre personas con y sin discapacidad intelectual), Centro de Jubilados y Pensionados “Claridad” (para personas con discapacidad y limitaciones visuales abierto a la comunidad), Centros de Veteranos de Guerra de Malvinas, INCLUIR (Asociación civil para la inclusión social) o INAPEC (Instituto Nacional para la promoción de la producción, empleo y capacitación continua).

Cabe destacar el rechazo a la formulación de esta pregunta respecto a la participación en alguna Asociación u organización “con determinada condición de salud” por parte de una de las entrevistadas. Ella manifiesta que “no tiene problema de salud.” Más aún, que es la más sana de la familia: “¡Yo estoy con la mejor salud de la familia!”. Agrega que “vivir con una discapacidad en ocasiones puntuales, no es un problema de salud” (es una persona con problemas permanentes en la movilidad). A pesar de haberle explicado el concepto condición de salud desde la perspectiva CIF, ella rechaza esa perspectiva y agrega que participa de una Asociación “desde el paradigma de DDHH”. Posteriormente, en otras entrevistas con personas que participan en la misma Asociación, una de ellas también plantea que “habría que discutir a fondo si es un problema de salud”. Y otra que “en un sistema de salud igualitario, no tendría sentido el CUD”. A ella, en su carácter de abogada, se le pregunta acerca de la discapacidad y su relación con el derecho y la salud, dado que en algunas explicaciones se observa una escisión entre la discapacidad y la salud. Ella responde: “La Discapacidad es una secuela por un problema de salud”. La mayoría de ellos manifestaron que hubieran deseado que el cuestionario hubiera tenido más preguntas acerca de las barreras del entorno y no tantas sobre su condición de salud. Se observa en los participantes de esta Asociación claramente adscriben al modelo social y al paradigma de los DDHH.

A excepción de tres personas que respondieron que no influía la tramitación del certificado de discapacidad, al considerarlo “un documento más como el DNI”, el resto de las personas que participan en asociaciones destacan tanto desde su respuesta negativa que es “un derecho” o “una herramienta”, como desde su respuesta positiva que “enorgullece”, “positivamente” o “que es

valioso, es como un DNI para que la gente me identifique como sordo por mi forma de hablar” (refiere las dificultades que atravesaba cuando la policía le pedía documentos y que sin comprender su forma de hablar, le adjudicaban que era un alcohólico o un drogadicto).

En el próximo apartado, se analizará las respuestas a los cuestionarios por parte de los profesionales de la salud.



Descripción de los profesionales de la salud participantes

En la primera etapa de campo y con el objetivo de conformar la segunda muestra, también se aplicó un cuestionario filtro, diseñado a tal efecto, a cincuenta profesionales de la salud. El criterio de inclusión establecido fue que los profesionales estuvieran relacionados con la atención de personas con discapacidad y que orientaran a la certificación de discapacidad.

El cuestionario para profesionales de la salud contempló en su primera versión las siguientes variables: Profesión – Edad - Años de profesión - Área de Trabajo – Atención de personas con discapacidad (Si/No) - Orienta al CUD - Conocimiento del CUD - Tres motivos más importantes de por qué en su práctica profesional orienta al CUD - Consideración si la obtención del CUD puede influir en el autoconcepto del paciente/afiliado que atiende / orienta.

Atento que las interacciones con los entrevistados brindaban información no considerada en el cuestionario inicial, luego de la aplicación de los diez primeros, se reformulan tres ítems del presente cuestionario del siguiente modo:

- 1- En área de trabajo, se agregó previo a clínica, consultorio (consultorio/clínica)
- 2- Un ítem para aquellos profesionales que atendieran personas con deficiencias y que no las derivaran a la certificación, ya que las respuestas eran muy ricas para considerarlas en el análisis posterior. Del otro modo, el cuestionario filtro culminaba sin que se explicitaran estos motivos.
- 3- Respecto al conocimiento sobre las clasificaciones, se agregó DSM-IV y CIE-10 junto a DSM-V y CIE-11, ya que aún no estaban incorporadas las nuevas versiones en las prácticas profesionales.

En el Anexo II, figura el cuestionario definitivo.

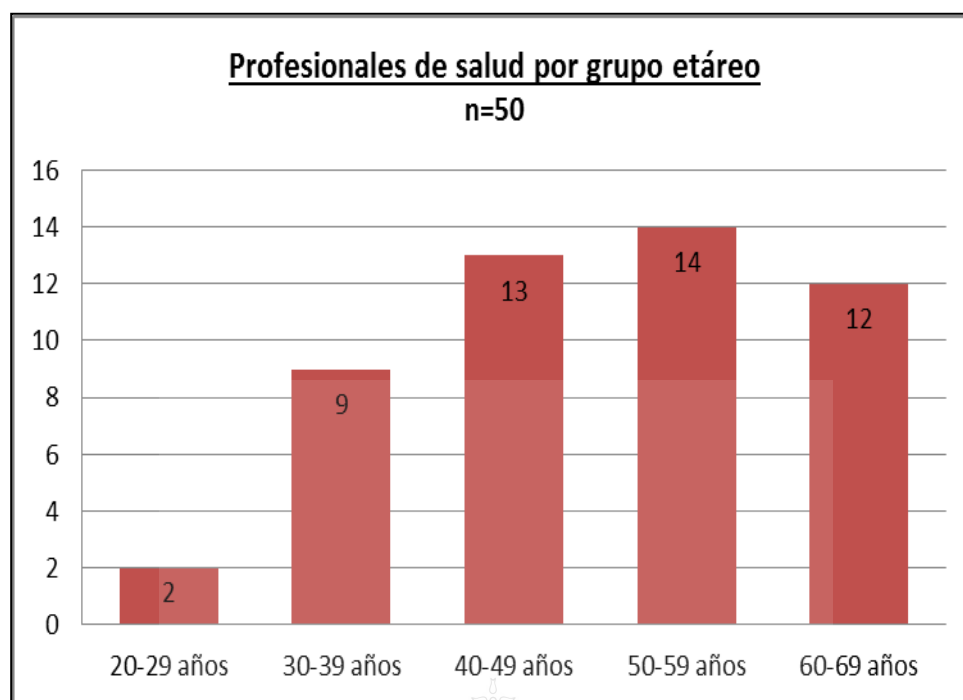


Figura 12. Profesionales de la salud según grupo etáreo

También con esta pregunta, y para aquellos profesionales que trabajaban en otra región, se les agradecía la participación en el cuestionario y finalizaba con esta pregunta la administración.

Tabla 5. Localidad donde se desempeñan los profesionales de la salud

Localidad	
CABA	43
Conurbano bonaerense	16
La Plata	7

Nota: Algunos trabajan en más de una localidad

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

La mayoría de la primera muestra de PS es femenina.

Tabla 4. Profesionales de la salud según género

Femenino	Masculino
38	12



Figura 13. Profesionales de la salud según tipo de disciplina

Nota: Las especialidades médicas de los profesionales son psiquiatría, neurología, clínica, urología, y cirugía de cabeza y cuello.

Cabe destacar que la profesional lingüista trabaja en equipos interdisciplinarios Centro de Afasia y de discapacidad mental. Participó del grupo focal de los profesionales de la salud.

La profesional odontóloga trabaja en la promoción de derechos de salud bucal para la PcD. Presenta doble carácter para este estudio, como profesional de la salud y PcD.

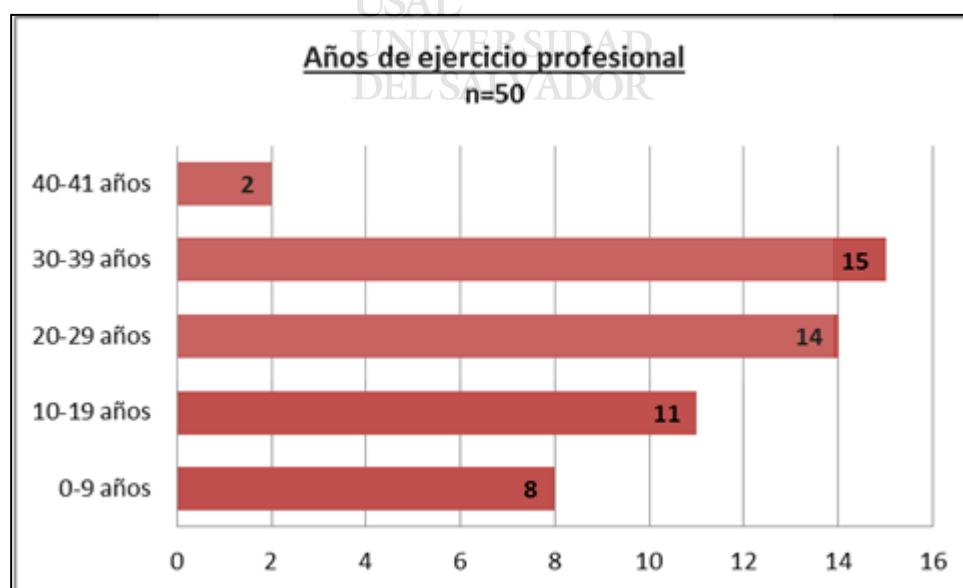


Figura 14. Años de ejercicio profesional de los profesionales de la salud

La mayor franja pertenece a profesionales que ejerce la profesión entre 10 a 39 años.

Tabla 6. *Ámbito laboral donde se desempeñan los profesionales de la salud*

Tipo de ámbito laboral	
Hospital	15
Obra Social	29
Consultorio/Clínica	19
*Institución prestadora servicios de Discapacidad	12
**Otras	14

Nota: Institución prestadora de discapacidad: Centro de día y Centro Educativo Terapéutico Forense-Universidad-Club

Algunos profesionales trabajan en más de un ámbito laboral, no contemplado entre las opciones del cuestionario. Estos son: ART-Ministerio de Salud-Ministerio de Defensa-Ministerio de Trabajo, Escuelas, Club Social y Deportivo-Centro Orientación y Evaluación de la discapacidad-Juzgado.

También cabe señalar la participación de dos profesionales de la Salud –Lic. en Trabajo Social- quienes pertenecen a las Juntas Evaluadoras de Discapacidad y que manifestaron expresamente su interés en participar en esta investigación. La inclusión de estas dos profesionales en esta primera etapa de inmersión al campo fue relevante, dado que aportó información acerca de la dinámica del proceso de evaluación y orientación en la tramitación de la certifica-

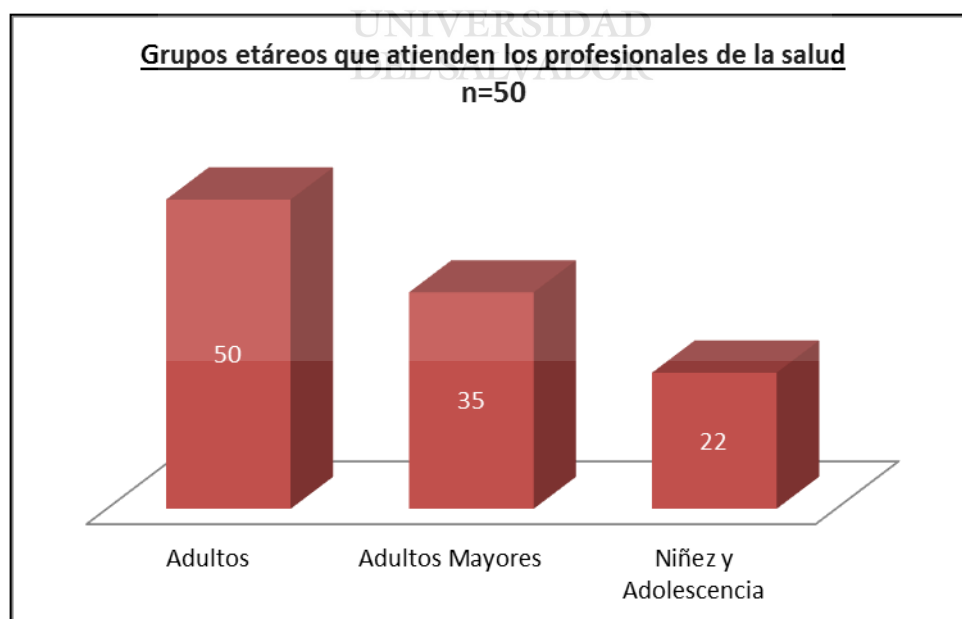


Figura 15. Grupos etáreos que atienden los profesionales de la salud

Nota: Algunos atienden más de un grupo etario

ción de discapacidad en el marco de la entrevista, no del cuestionario. En tal sentido, tampoco formaron parte de los grupos focales, en función del criterio de exclusión planteado para esta unidad de la muestra.

A partir de esta pregunta, y para aquellos profesionales que no atendían población adulta, estaba contemplado agradecerles la participación en el cuestionario y finalizaba así la interacción, hecho que no sucedió dado que la totalidad atendía a población adulta.

Tabla 7. *Profesionales de la salud que atienden personas con deficiencias*

Atiende PcDe	
Si	45
No	5

A salvedad de cinco profesionales que responden que no atendían personas con deficiencias, la mayoría de los entrevistados alcanzan a esta pregunta. Este fue un dato interesante, dado que los que contestaron que no atendían personas con deficiencias, fueron profesionales psicólogos que trabajaban en servicios de salud mental de Obras Sociales, separados de los servicios de discapacidad. Comúnmente, denominan a la población como persona con enfermedad mental o persona con padecimiento mental, según la ley de Salud Mental y todo lo que se refiere a deficiencia, a su parecer, corresponde a discapacidad. Para estos profesionales aquí finalizaba el cuestionario. Algunos escribieron: "No atiendo discapacidades".

Tabla 8. *Profesionales de la salud que orientan al CUD*

Orientan CUD	
Si	No
38	7

A partir de esta pregunta, se establece las unidades de esta muestra de acuerdo a los criterios de inclusión planteados.

Una joven asistente social comentaba que, en una reciente presentación sobre abordaje psicosocial en un Congreso, se preguntaba y preguntaba a su auditorio "¿Podemos pensar cuándo derivar y cuándo no?".

Agregaba que los profesionales de su disciplina piensan que el certificado es parte del “combo” que una persona tiene por su discapacidad, que muchos colegas “compran”, cuando tratan con una persona con discapacidad, “el Combo= CUD + pensión” y denominaba como uno de “los mitos hermosos” dentro de su profesión la gestión del CUD con el acceso a la pensión y a la Obra Social.

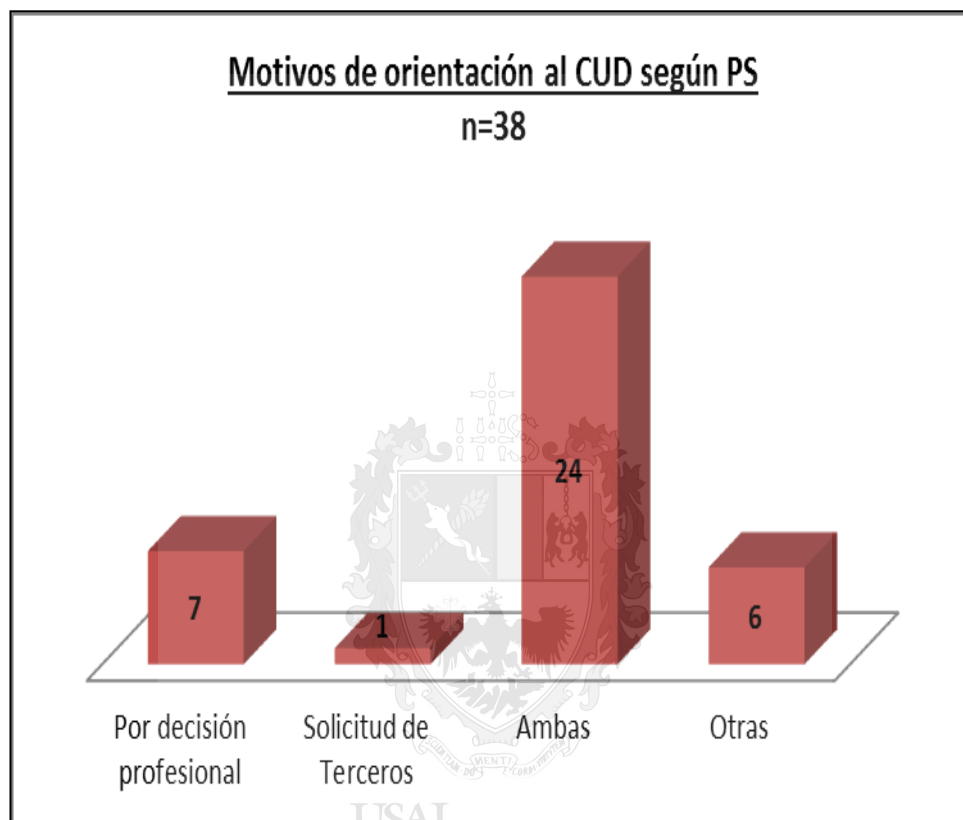


Figura 16. Motivos de orientación al CUD según profesionales de la salud

Nota: Tres contestan en más de una opción, describiendo como “Otras”: Por necesidades prestacionales/Entiendo que puede aportar beneficios al paciente/Para acceder a beneficios/Para acceder al estadio, al espacio visible y sin cargo/ Por decisión, pero decisión forzada por el sistema prestacional/Mi trabajo más fuerte es desde el espíritu de la Convención como ciudadano.

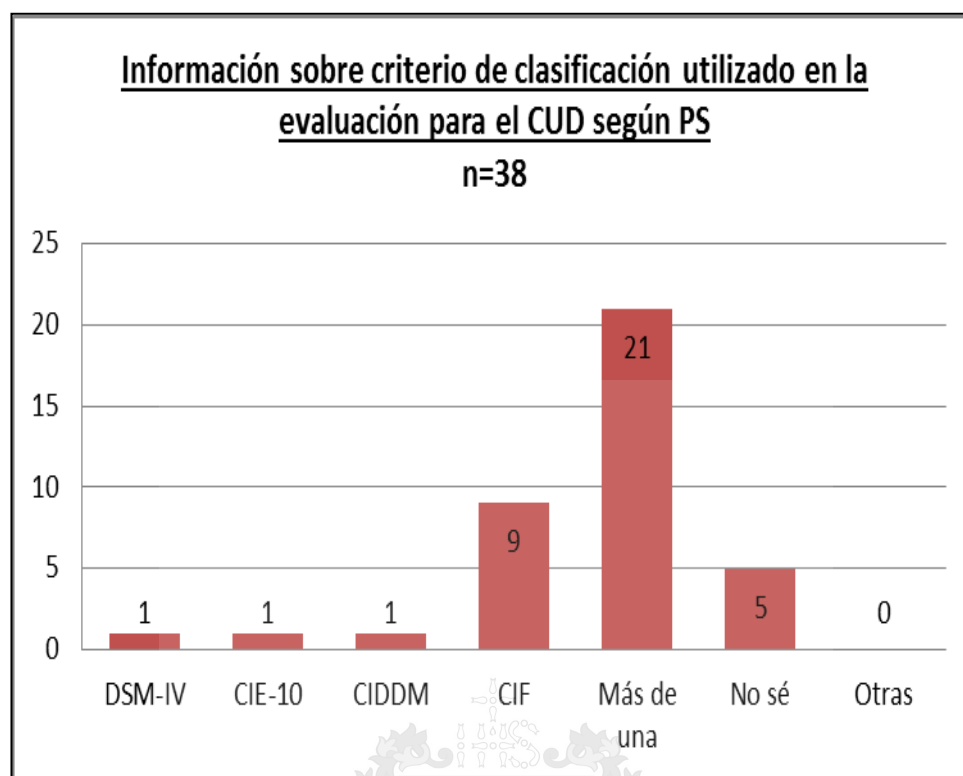


Figura 17. Información sobre criterio de clasificación utilizado en evaluación para el CUD según profesionales de la salud

Más la mitad de la muestra conoce que se utiliza más de una de estas clasificaciones en el proceso de evaluación de la certificación de la discapacidad.

Beneficios y barreras comprendidos en el CUD

Cabe recordar que a esta parte del cuestionario acceden 38 profesionales de la salud que orientan a la certificación de la discapacidad. Se les pregunta acerca del conocimiento de los beneficios y barreras más importantes. Si bien se les pedía hasta tres respuestas, algunos contestaron menos.

Se consideró importante visualizar a través de un gráfico estas respuestas, aun aquellas menores en ocurrencia, pero sí significativas en su contenido, entendiendo que forman parte de la representación social del certificado de discapacidad. Si bien mayoritariamente se encuentran las respuestas asociadas a la cobertura de salud y transporte, es interesante observar todas las que se despliegan alrededor del reconocimiento de derechos desde la perspectiva del profesional de la salud.

Entre las respuestas acerca de los beneficios relacionadas a salud se encuentran: la cobertura de 100%, prestaciones básicas, la medicación distinguida entre todas las prestaciones de salud y el transporte. También se detecta una única respuesta referida a psicoterapia y tratamiento, que da cuenta de su percepción como beneficio.

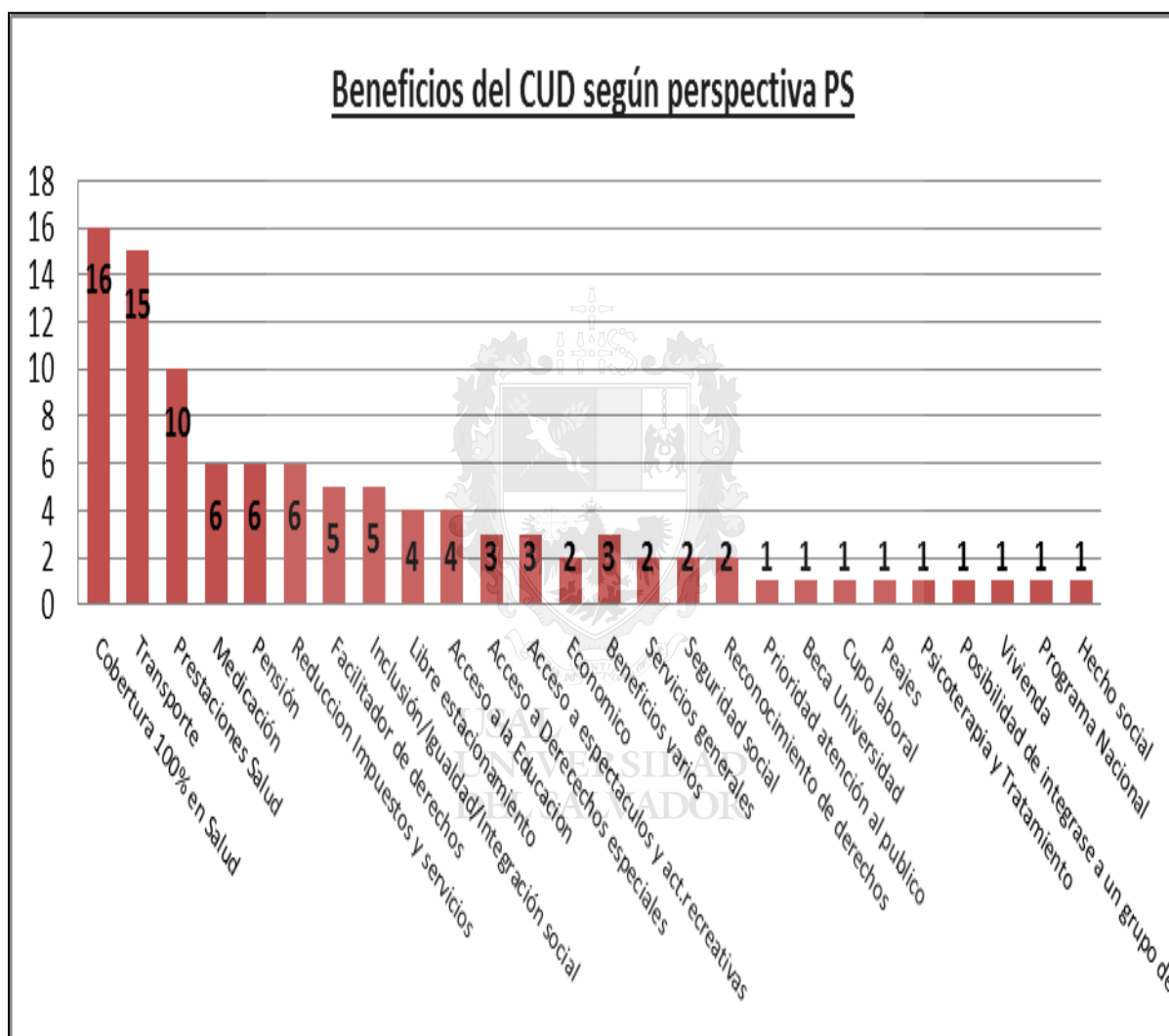


Figura 18. Beneficios del CUD según perspectiva de los profesionales de la salud

Respecto a las barreras, la accesibilidad a la información y la desinformación acerca del CUD fueron las más significativas, seguidas por las barreras psicológicas, las actitudinales y el acceso al trabajo.

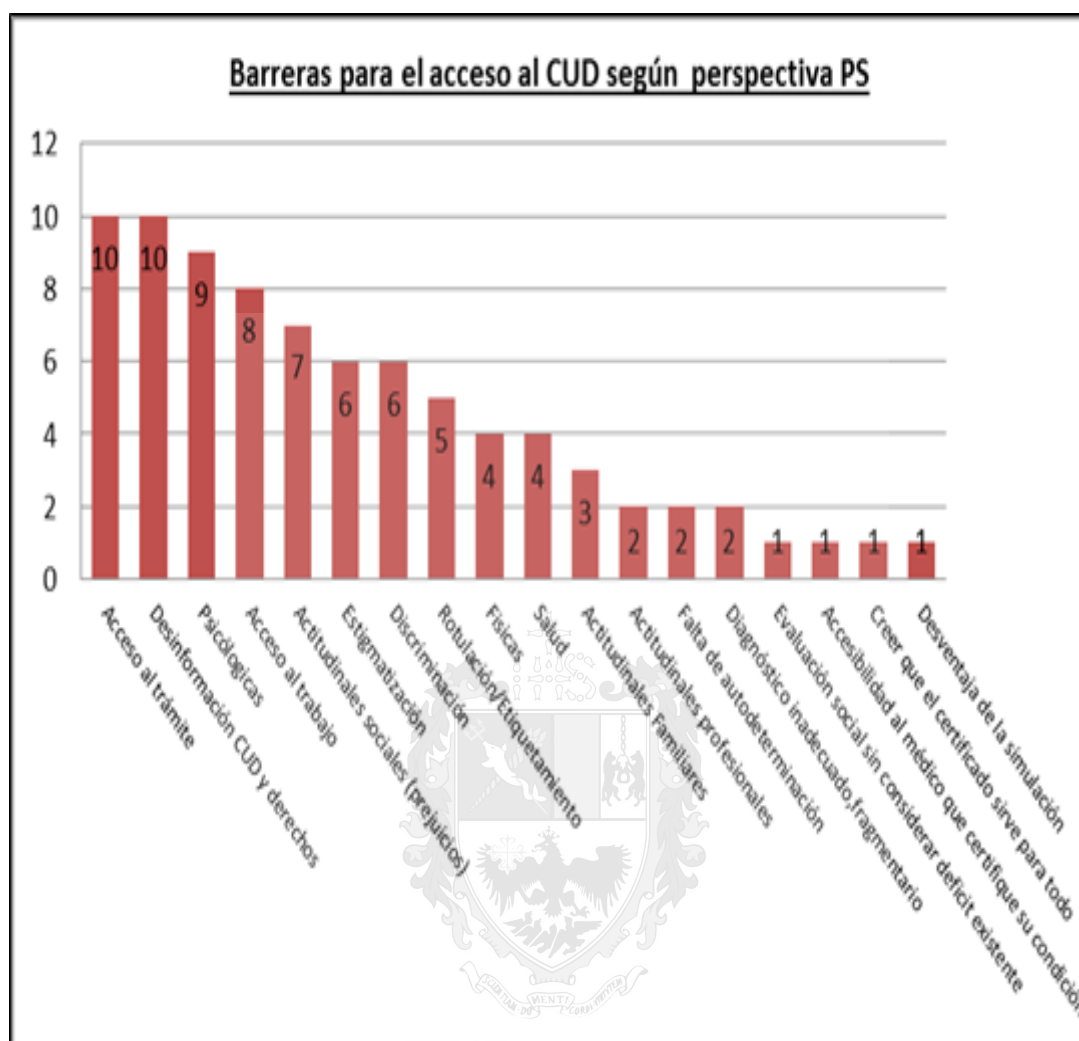


Figura 19. Barreras para el acceso al CUD según perspectiva de los profesionales de la salud

Tabla 9. Influencia del CUD en el autoconcepto según profesionales de la salud

Influencia del CUD en el autoconcepto según PS	
Si*	No
33	5

Se estima que en esta respuesta afirmativa se debería considerar a otros tres profesionales más que dicen atender personas con deficiencias, pero no orientan a la certificación de la discapacidad por la estigmatización que esta certificación produciría. Dada la forma en que estuvo estructurado el cuestionario,

no se proseguía tal propósito con el mismo, pero para los objetivos del presente estudio se estima importante considerar este punto.

Una de estas profesionales psicóloga expresó: “Esto tiene una base que no está dicha. Es el humanismo. Es una forma de pensar la vida. Todas las vidas deben ser parecidas al pertenecer al humanismo. Las personas con discapacidad lo cuestionan. Sus cuerpos lo ponen en cuestión. Hay que aprender mucho de esto...El CUD intentó normalizar y no hacer lugar”. Prosigue: “Es hacer una serie. Un modo de andar, un modo de hablar, un modo de ver. Iguales en lo posible. Si vos estas borrando una diferencia, vas a reproducir más este movimiento normalizador... Yo a propósito me alejé de ese circuito, me alejé como psicóloga de ese circuito del certificado. No pongo diagnóstico y esa persona arma su vida. Tienen que hacer un trabajo psíquico feroz con sus cuerpos, pero también encuentran recursos desde la creatividad”.

Así como esta profesional opina acerca de que el CUD “no hace lugar”; otro profesional psicólogo marca una cuestión contraria a la expresada por esta profesional, expresando que “muchas veces el certificado da lugar a personas que no terminan de encontrar el suyo”.

Es interesante destacar que se observa cierta ambivalencia en la respuesta afirmativa de los 33 profesionales de la salud que orientan a la certificación, entre la acción de orientar o participar en los informes, para que accedan a dicha certificación y la influencia en el autoconcepto.

Tanto desde una fundamentación a dicha respuesta como desde las barreras que posteriormente expresan, en las que refieren la estigmatización, etiquetación, rotulación, nominación, prejuicios y discriminación a la que el sujeto está expuesto con la certificación de su condición de discapacidad, y a la cual ellos derivan. Consecuentemente, la mayoría asoció la estigmatización con las barreras psicológicas, bajo autoconcepto y autoestima.

Uno de ellos -Lic. en Trabajo Social- refiere que el nombre discapacidad los deja ahí, donde el nombre los designa. Otros refieren que puede propiciar una condición de inferioridad, expresado por uno de ellos a modo de condena: “Quedar etiquetado como discapacitado, no tiene vuelta de atrás”.

Al terminar de contestar el cuestionario, una psicopedagoga que trabaja en una Obra Social expresa: “Estoy cada vez más en contra de los diagnósticos de DSM-IV y CIE-10 porque afecta mucho el autoconcepto. La gente se presenta: Yo no soy Juan, soy un bipolar. Condiciona la vida”.

Un profesional médico psiquiatra opinó: “que por el concepto negativo se confunde con insania e irreversibilidad diagnóstica y no con la funcionalidad que las nuevas clasificaciones aluden. El diagnóstico puede cambiar en cinco años.”

Cabe destacar que tres psicólogos, en su doble carácter de profesional de la salud y PcD, respondieron afirmativamente a la influencia en el autoconcepto desde la estigmatización. Una de ellas señaló acerca de “las propias representaciones que las PcD tienen de su condición.”

Cuatro de los profesionales de la salud opinaron que influía en el autoconcepto, pero desde una mirada positiva. Fundamentaron su respuesta: “la apropiación de derechos”, “el acceso a beneficios” y “la inclusión” como factores que influían en el autoconcepto. Cabe destacar entre estas respuestas la de un profesional psicólogo que expresaba: “En muchos casos, el certificado les da un lugar social, a un ‘no lugar’. Ante un no-lugar elijo un lugar”.

En tal sentido, también se detectó que los profesionales de la salud que contestaron que no tiene influencia en el autoconcepto, destacaron: la “discriminación positiva”, que “se sienten empoderados en todos sus derechos, ante un impedimento siente que con el certificado soluciona el problema que tenga”, entre otros dichos semejantes. No obstante, también se observa en otros profesionales que dicen que no influye en el autoconcepto una cierta ambivalencia, cuando mencionan como barrera que: “el certificado clausura, rotula dejando de lado toda la subjetividad de la persona” o comentan que “sugerí que lo reconsideraran porque quedaba como discapacitado y estaba en plena actividad laboral”.

En el próximo apartado, se analizará la información que trata el tema del certificado de discapacidad en los medios de comunicación (gráficos y digitales) en un periodo anual (julio 2015-junio 2016).



Descripción de las noticias sobre el CUD relevadas

Moscovici (2000) plantea, desde el inicio de la formulación de su teoría, cómo la información que circula en los medios de comunicación participa en la construcción de las RS, las que “se difunden dentro de la sociedad a través de sus conceptos, sus imágenes y su vocabulario que es adaptado y apropiado por distintos grupos sociales” (p.64). Posteriormente, Devenney (2004) destaca el impacto de Internet en las comunicaciones y la interacción de las personas en los Blogs y los Foros.

Dado que este estudio destaca la importancia de la apreciación del conocimiento popular a través de la interacción específica con imágenes, opiniones y actitudes de las personas con deficiencias, los profesionales que intervienen en su atención y orientación y los medios de comunicación, fue un propósito investigar la información que circulaba sobre el certificado de discapacidad en los medios gráficos y digitales de comunicación del ámbito geográfico seleccionado, como perspectiva complementaria. Se estableció un periodo anual que abarca dos periodos diferentes de gestión política en nuestro país (último semestre 2015-primer semestre 2016).

En la etapa inicial de campo, la investigación en los medios de comunicación gráficos y digitales nacionales se inició privilegiando noticias o links relacionados a Región Metropolitana de Buenos Aires (RMBA) sobre el tema certificado de discapacidad, seleccionándose noticias, contribuciones en blogs y foros de discusión. Se relevaron 160 sitios web y comentarios en Blogs y Foros en el periodo anual establecido, pertenecientes a páginas de organismos gubernamentales (nacionales, provinciales y municipales), Organismos no gubernamentales (asociaciones que representan a personas con diversas condiciones de salud), diarios, y empresas³⁶.

En lo que respecta a la mayoría de las páginas web de los organismos gubernamentales (CONADIS, COPIDIS, COPRIDIS), se observó que la presencia de la información sobre el certificado de discapacidad se presenta de igual modo: que es un documento; qué beneficios contempla; dónde y/o cómo tramitarlo, o la incorporación de la más reciente noticia respecto del cambio de requisitos para

acceder al CUD correspondiente al último semestre del 2015, promulgada por el Servicio Nacional de Rehabilitación dependiente del Ministerio de Salud (<https://www.snr.gob.ar/cud>). Esta información es reproducida por distintos organismos nacionales, provinciales y municipales (Gobierno de Morón, Municipalidad de 3 de Febrero, Municipalidad de San Isidro), lo que daría cuenta de las líneas de acción de la política de salud en lo atinente a discapacidad, la que apareció como algo amplio y localmente situado.

La exploración en esta unidad de la muestra alcanzó saturación de las categorías investigadas (Glasser & Strauss, 1967), permitiendo así delimitar el material que se utilizó para el posterior análisis y triangulación con las otras fuentes de información.

Cabe agregar que, junto a las dimensiones determinadas para explorar los documentos, fue necesario construir y reformular posteriormente categorías a partir del análisis del material. Estas son distintos tipos sitios web (Sitio web, s. f.): y tipo de instituciones a la que pertenece cada sitio web que se detallan luego de los respectivos cuadros.

Las características de cada uno de estos sitios (Sitio web, s.f.) son:

1) Sitio weblog (o *blog* o *bitácora digital*): sitio usado para registrar lecturas en línea o para exponer contenidos en línea con la fecha del día de ingreso.

2) Sitio foro de Internet: sitio de discusión online asincrónico donde las personas publican mensajes alrededor de un tema, creando de esta forma un hilo de conversación jerárquico.

3) Sitio de información: sitio con contenido que pretende informar a los visitantes acerca de diversos aspectos atinentes al certificado de discapacidad.

4) Sitio de noticias: similar a un sitio de información, pero dedicado a mostrar noticias y comentarios de la actualidad, en general diarios digitales.

5) Sitio colaborativo o Wiki: donde los usuarios editan colaborativamente, y los propios visitantes son los responsables de mantener la aplicación viva, usando tecnologías de última generación: pikeo, flickr, Wikipedia.

Estos sitios pueden pertenecer a OG, ONG, agencias de noticias o empresas que ofrecen productos o servicios relacionados al certificado de discapacidad.

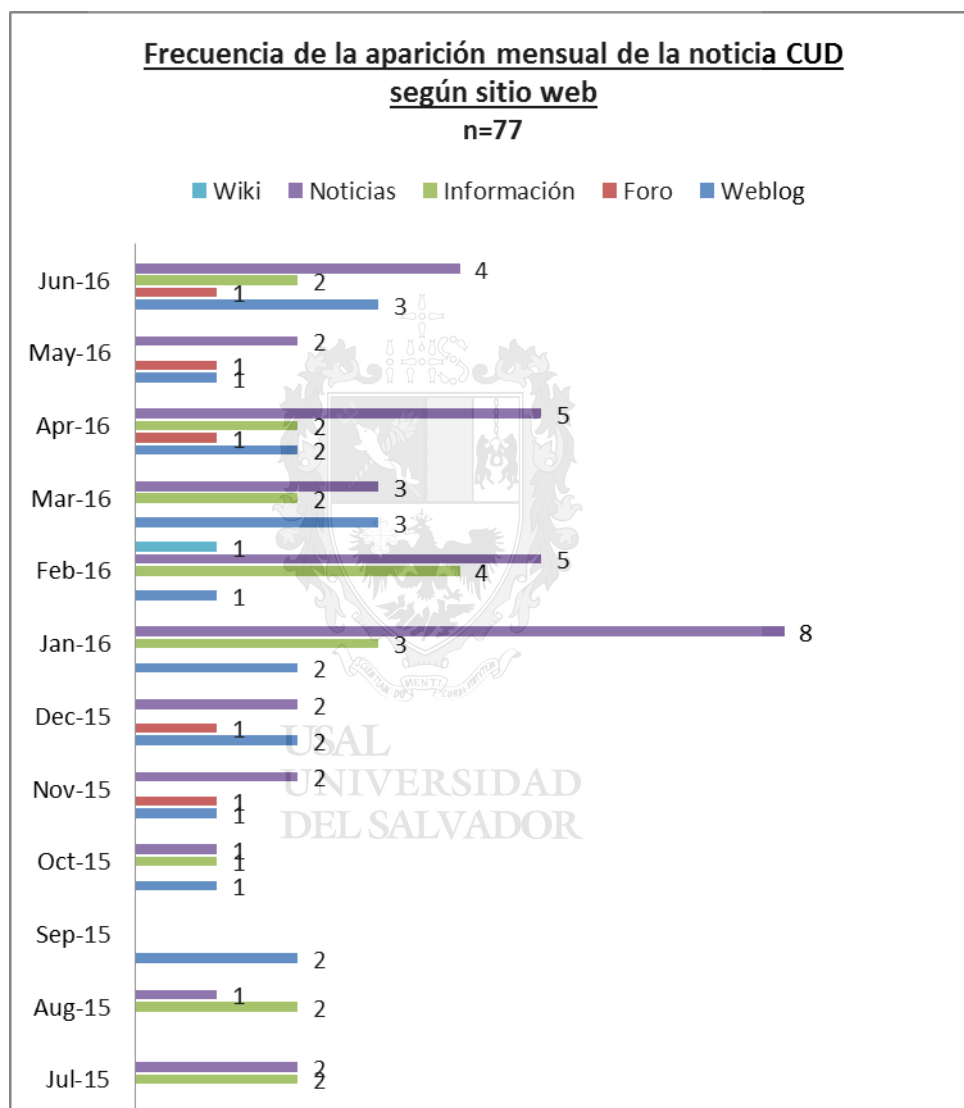


Figura 20. Frecuencia de la aparición mensual de la noticia CUD según sitio web

Entre los múltiples significados de organismo, interesa destacar el que asocia el concepto a las instituciones y entidades compuestas por varios sectores o dependencias. Gubernamental, por su parte, es un adjetivo que permite nombrar a

lo que está vinculado al gobierno como autoridad política de un Estado. Una organización no gubernamental (ONG) es cualquier grupo no lucrativo de ciudadanos voluntarios, que está organizada a nivel local, nacional o internacional, muchas veces, bajo la forma de una asociación civil, que es una organización privada que dispone de personería jurídica y que no tiene afán lucrativo. Estas asociaciones se componen de personas físicas que trabajan en conjunto con un fin social, educativo, cultural o de otro tipo, que en el tema que se estudia son asociaciones de personas agrupadas por condición de salud o de discapacidad, como también por derechos de las personas con discapacidad. Por otro lado, se contemplan noticias provenientes de empresas privadas y Diarios o Agencias de noticias.

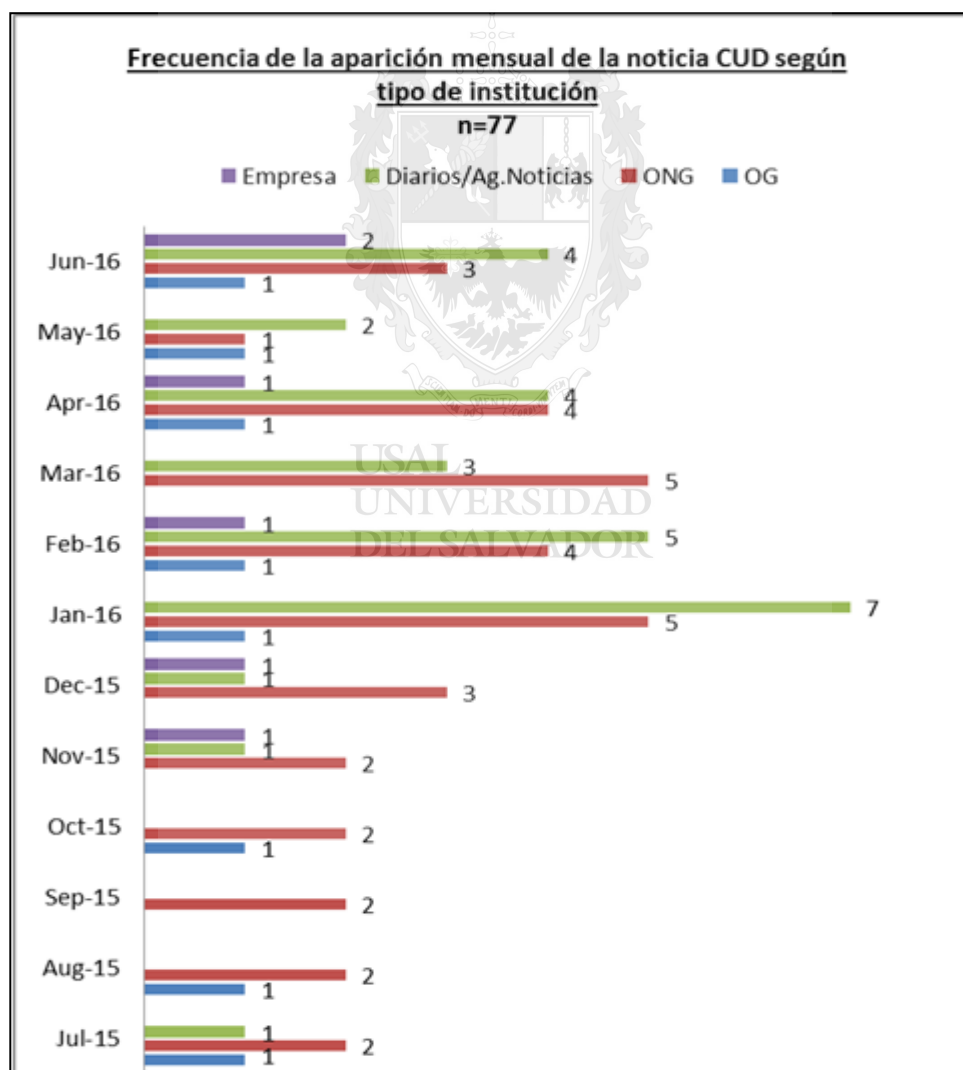


Figura 21. Frecuencia de la aparición mensual de la noticia CUD según tipo de institución.

Se entiende que las noticias pueden ser transmitidas como comunicación textual, comunicación visual o ambas. En este sentido, habrá páginas que complementen el uso de mensajes textuales con mensajes visuales.

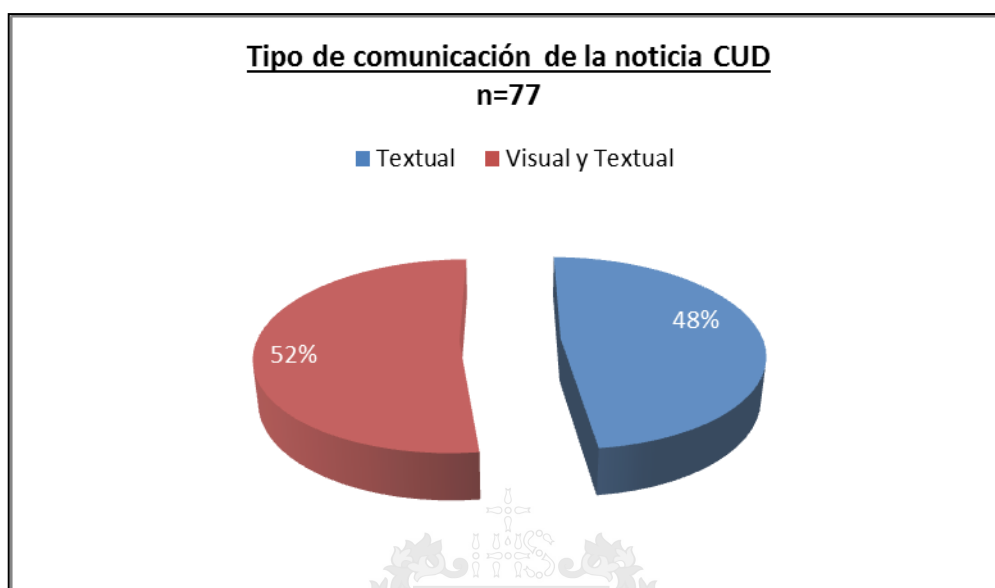


Figura 22. Tipo de comunicación de la noticia CUD

La mayor cantidad de imágenes que se encuentran en notas, blogs o Foros en el período investigado se refieren a la accesibilidad al transporte. Las fotos son diversas. Ya sea diferentes micros urbanos o una fila de pasajeros y un grupo de personas esperando subir al micro, como aquellas fotos que muestran una parte del cuerpo (piernas de una persona en silla de ruedas) o un discapacitado de espaldas en una rampa de micros, dando cuenta de los obstáculos que se presentan en el acceso al transporte gratuito que el certificado otorga. También se encuentran aquellas páginas web que hacen publicidad de los autos que se ofrecen para personas con certificado de discapacidad.

En pestañas específicas de las páginas web de los OG muestran los logos oficiales respectivos, que caracterizan al organismo y a nuestro país.

La imagen del CUD aparece en la página web específica del SNR (SNR, s. f.) y linkeada a la de la CONADIS (CONADIS, s.f.) con la imagen del CUD, tal como es utilizada por un usuario para el acceso a diversos servicios o bien colgada a modo de identificación por algunas PcD, para solicitar dinero en el transporte público bajo la condición de discapacidad que el certificado expone.

Una de las páginas web, seleccionada como la de la Asociación Distrofia Muscular para las enfermedades Neuromusculares, también muestra fotografía del CUD.

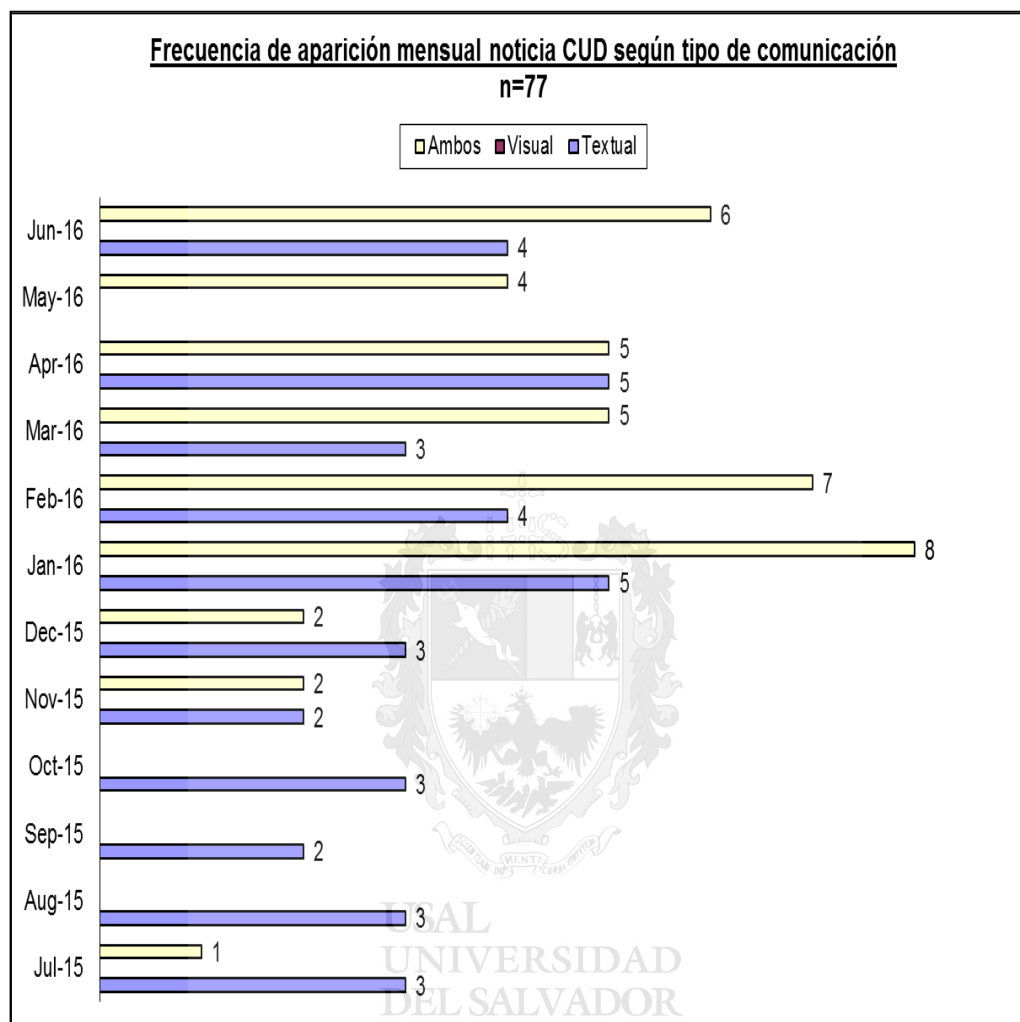


Figura 23. Frecuencia de aparición de la noticia CUD según tipo de comunicación

En enero del 2016, aparecen fotos de bombilla eléctrica y hornalla de gas prendidas, a partir de que el nuevo gobierno anuncia tarifas especiales para las personas con certificado de discapacidad.

Solo una imagen del símbolo internacional de acceso, que muestra en forma esquemática a una persona en silla de ruedas.

Las páginas Web, donde aparecen artículos relacionados a los despidos de PcD en el Senado, aparece la foto de la vicepresidenta de la Nación,

que es una persona en silla de ruedas, y quien preside el citado organismo legislativo.

Una mención especial para el “robot Esperanza”, quien asiste y acompaña a personas con discapacidad desde el chat del Centro Municipal de San Isidro, Provincia de Buenos Aires. Este robot ofrece información sobre los derechos de las PcD, así como sobre cómo y dónde realizar trámites. Este robot está programado para ser cortés y mantener conversaciones, pero, sobre todo, brindar la información que se le pide los 365 días, durante las 24 horas. Aporta datos de instituciones y organismos provinciales y nacionales. Según Cicero (La Nación, 2014):

(...) Recibe visitantes tanto por medio de la Web como de la Fan Page de la Municipalidad. Ya supera el número de consultas telefónicas que recibe “Una Mirada distinta/Centro Municipal de Discapacidad”. El 68% de los contactos con ella se hace fuera del horario laboral y un 22%, durante el fin de semana. Algunos se comunican a diario, a modo de compañía. Es común que le pregunten si es humana.

Contenidos de mensaje (favorable, desfavorable o neutro)

En lo que respecta a sitios de información pertenecientes a organismos gubernamentales (nacionales, provinciales y municipales), se observa que la presencia de la información sobre el certificado de discapacidad –CUD- se presenta con un contenido neutro: que es un documento; qué beneficios contempla; dónde y/o cómo tramitarlo.

Cuando el sitio de información pertenece a una ONG o a un sitio Blog, es donde se pueden observar los argumentos favorables y desfavorables desde la interacción social. Entendemos por favorable todo aquel comentario que es beneficioso o conveniente para la tramitación del certificado o para los beneficios que conlleva, y desfavorable cuando es poco favorable o desventajoso para la tramitación del certificado o para el acceso a beneficios asociados a su obtención.

Al respecto, a partir de una gran cantidad de documentos consultados que pueden consultarse en el Anexo VII, se seleccionaron para el análisis de contenido nueve sitios web que pertenecen a asociaciones y a diarios nacionales, donde se observa un interesante y rico intercambio acerca del certificado de

discapacidad, entre las personas con diversa condición de salud y los administradores de las páginas, así como reportajes o cartas de lectores que brindan la cantidad y calidad de información acorde a los fines del presente estudio.

Cabe destacar que la única excepción al periodo anual seleccionado ha sido este artículo de La Nación titulado “Los beneficios de tramitar el certificado único de discapacidad” (Santoro, 2014), dada la información que aportaba a los fines de la presente investigación, junto a las características de la temporalidad que toda búsqueda *on line* conlleva.



ETAPA DE PROFUNDIZACIÓN AL CAMPO

Análisis de contenido

En el siguiente apartado se presentará el análisis de contenido de los datos obtenidos a través de distintas fuentes de información e instrumentos y técnicas administradas.

A partir del marco teórico, se construyeron tres categorías, con sus respectivas subcategorías. En tal sentido, los datos elaborados son presentados de manera comparativa, distinguiendo en cada una de ellas la fuente de información.

En primer lugar, se expondrán los discursos referidos á la información vinculada al certificado de discapacidad, subdividido en tres subcategorías: modo de aproximación al certificado; marco de clasificación y componentes del CUD; alternativas de la tramitación voluntaria.

En segundo lugar, se presentan los procesos identitarios vinculados al certificado de discapacidad/CUD, desde las subcategorías identidad personal y social.

En tercer lugar, se desarrolla una tercera categoría vinculada a la actitud ante el certificado de discapacidad/CUD, comprendiendo sus tres dimensiones (cognitivo, emocional y conductual) y una subcategoría relacionada a los alcances del CUD.

Las distintas categorías planteadas son escindidas a los fines del análisis conceptual, pero entendiendo que las distintas dimensiones conforman el marco de la representación social del objeto estudiado. Esto es: lo que se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud).

Por último, se presenta un análisis de las conversaciones argumentativas, los lugares comunes y las metáforas; junto a un análisis gráfico de los significantes, a modo de síntesis de este análisis de contenido.

Finalmente, se discuten los datos elaborados.

Información acerca del Certificado de Discapacidad/CUD

Comprende el primer contacto con el objeto de la representación a través de la información directa o indirecta, formal o informal. Por otro lado, el conocimiento acerca del diagnóstico médico, la evaluación de la condición de discapacidad y situación de discapacidad, junto a las alternativas de la tramitación voluntaria (otorgamiento, renovación y denegación).

1.1. Modo de aproximación al certificado de discapacidad:

El primer contacto con el objeto de representación suele presentarse a través de la información que proporcionan familiares, vecinos, amigos, compañeros, profesionales de la salud y medios de comunicación, entre otros.

E: Por una compañera de... que íbamos a terapia (...) por ella me informé...

J: Por una vecina (...) cuadripléjica (...) No sabía que existía el certificado de discapacidad, y que con mi problema se podía gestionar...

M1: El tema del pase. Fui con mi mamá y mi hermana (silencio).

S1: (...) a los 20 y pico de años (...) en la biblioteca para ciegos de la Pcia. de Córdoba. (...). Tomo contacto con esta gente que los veo como muy empoderados en la cuestión de la discapacidad (...). A los efectos de la Obra Social y demás. Empecé a buscar información por mi cuenta... y tramitarlo

C1: Bueno, yo del certificado, en realidad tuve conciencia que lo tenía en la Secundaria. En la Primaria se ocupaban mis papas de esos "tramiteríos" (...) en un encuentro de personas, profesionales PcD (...) a partir de ahí fue que empecé a tener un conocimiento más profundo del certificado, más de grandecita de lo que es un certificado de discapacidad y el acceso a los derechos que brinda. A pesar de que lo tenía hace mucho antes. (GF PcDN).

M. cuenta que su papá hace 40 años no quería tramitarle el certificado y agrega: "Creo que era orgulloso y creía que era importante que él pudiera sostenerme" y manifiesta que, cuando fue grande, lo tramitó por el tema del cupo laboral. También P. dice que ella lo sacó de grande, a los 28 años, ya que sus padres no sabían, no estaban en contacto con ambiente de la discapacidad. Otra joven, que tramitó siendo adulta joven su certificado, explica que ella se dio cuenta que era importante y que hacía a su identidad. (E PcDN).

En la inmersión inicial al campo, se detectó, al indagar sobre este primer contacto con el CUD, un significativo grupo de personas con deficiencias de nacimiento y con deficiencias adquiridas en temprana edad- quienes lo tramitan siendo adultos jóvenes; asumiendo su condición de discapacidad para el acceso a un empleo o un auto, como facilitadores para la inclusión en la vida cotidiana. En tal sentido y como se ha mencionado anteriormente, en esta muestra intencionada, no se encontró ninguna persona con deficiencia de nacimiento que no haya tramitado su certificación de discapacidad.

Y: Yo lo conocí hace mucho desde que nací, pero en realidad lo saqué grande (...) Yo era radioperadora en una Empresa de (...) y bueno ahí un día despidió a todos los empleados (...) y ahí es donde me vi de figurillas (...) A los 20 y algo...

L1: Un pedazo. Para no tener el certificado. Yo tengo discapacidad adquirida. A los 19 (...) La Obra Social me dijo: "Necesito que certifiques tu discapacidad"

S1: Yo lo saqué, lo saqué cuando fui a hacer la Rehabilitación. Yo ya me había quedado ciega (...) Y era una obligación ahí tenerlo. Entonces, bueno, como yo no sabía nada del certificado, me sacaron un turno (...) ¡Yo ni sabía de qué se trataba!

M2: Yo, cuando empecé en la S..., ahí me llevaron a sacar el certificado. (...) No, pero después me fueron explicando.

H: Sabes, que no, no. No me acuerdo. Estuve en A... con una experiencia muy cortita. Y ahora tengo que volver. Fui demasiado antes. (GF PcDA).

S. comenta que la primera vez que escuchó sobre la certificación fue en el Hospital Roca, en su rehabilitación. Y que lo sacó por primera vez para la tramitación de un auto importado. Otra entrevistada cuenta que sacó su certificado por primera vez a los 20 años por el tema del auto, cuando estaba en la Facultad y que sus padres no se lo habían tramitado. (E PcDA).

P. expresa: "La tengo (se refiere a su enfermedad) desde muy chica, un año y 4 meses, pero lo tramité cuando me separé (hace once años, tiene hoy 55 años), para cubrir botas ortopédicas y el libre estacionamiento". (E PcDA).

Por otro lado, M. tramita su certificado recién hace cuatro años a instancias de su Jefa de Personal, aunque la aparición de sus problemas de salud se inicia a los 22 años. "Me costó tramitar la certificación", manifiesta, "no es tan visible y además me muestro fuerte ¡Fueron dos ACV!". Recuerda como "la de

Personal” la perseguía para que obtuviera el certificado ante sus licencias prolongadas (tuvo varias operaciones). “No te pueden apretar así”, señala. A su vez, recuerda como la Jefa de Personal (abogada) le preguntaba: “¿Estas sana o no estás sana?”. También señala que, cuando finalmente lo tramitó, el área de personal no se lo exigió para un registro a los fines del cumplimiento del cupo. “¡Que paradójico! Nosotros en nuestra tarea registramos este incumplimiento de las instituciones que visitamos y la nuestra no lo hacía”. (E PcDA).

R: (...) Creo que mi primer contacto fue al visualizar el Instituto de Rehabilitación en oficinas vinculadas a la tramitación del certificado y a la autorización para la adquisición de un automóvil. Y creo, creo que a medida que me acercaba a la posibilidad a los 18 años, los 18 o 20 años, y la autonomía personal y la posibilidad de tener un auto empecé a informarme, porque el primer auto lo tuve a los 22 años (E IC).

La excepción a los relatos que expresan que decidieron tramitarlo por sí mismos siendo adultos, ya sea para la adquisición de un auto, el cupo laboral o la cobertura de salud, fueron tres PcDA (visual) quienes manifiestan haber sido llevadas por personal de la institución de rehabilitación a la que concurrían. Una de ellas expone, con un marcado rechazo donde la ubican en esta tramitación: “Te llevaban a sacar el certificado como paciente. Me sentía como leprosa y no como una ciega. Ellos decían que éramos pacientes y teníamos que sacarlo. Fue una sensación fea. Si no, quizás no lo hubiera sacado”. De otro modo, L. comenta que su Obra Social le dijo: “Necesito que certifiques tu discapacidad”, dando cuenta de otro actor central en escena social de la tramitación del CUD de la última década, quien impone al afiliado esa gestión para brindarle la prestación que requiere. (GF PcDA).

El rol creciente del certificado de discapacidad en nuestra sociedad se refleja en las entrevistas con IC y GF. (PcDeA y PS).

L2: En otras épocas, hace muchos años, decirle a una persona que tenía que sacar el certificado de discapacidad la gente se asustaba, se negaba. Decía no, cómo yo voy a ser distinto, cómo me voy a presentar como discapacitado, soy un enfermo, no soy un enfermo. No quería mostrar...pero no él solo, sino toda la sociedad era así. Y en estos momentos... Después de muchas informaciones después de revalorizar al discapacitado la sociedad... la gente acepta el certificado

de discapacidad como una parte más de su vida. Pero también están los otros, que quieren el certificado de discapacidad por el beneficio secundario que obtienen. Por ejemplo, estacionar su auto en la puerta, le ponen las chapas...

C2: (...) Antes, decir que eras discapacitado era un poco por el tema monetario (...) con todos estos beneficios y encima con el estigma de que eras discapacitado.

M3: Y se ha vuelto una especie de negocio (...).

Mo: Eso implica lo que vos decís es así, totalmente. Eso implica que gente que realmente, imperiosamente necesite el beneficio. O se quede sin él. O tenga muchas más trabas (...) No es lo mismo tener un certificado de discapacidad, que no tenerlo. Aunque sea mejor vista la discapacidad o peor vista, con más beneficios o menos beneficios, según las épocas (...)

L2: Nunca fue bien vista (...)

M4: Paso con el papelito. Yo no pago. No importa. Yo no pago y vos sí. El tema de la moral ha cambiado

L2: A mí con lo que vos decís de la desconfianza. La ciudad está difícil para circular con los autos y poder estacionar. Esta muy difícil. A mí me pasa desconfiar de los cartelitos. (GF PcDeA).

M., una persona que presenta HIV y problemas cardíacos, expresa "Tengo dos bypass". Agrega que nunca sacó el CUD, porque no le corresponde ni se interesó en averiguar. Ahora tiene 58 años, pero desde los 46 toma medicamentos por HIV. "Estos medicamentos me los cubren al 100% por ley específica. No los cardíacos que cubren un 70% y el resto un 40% al igual que todos". Al preguntarle si tramitó el certificado responde: "Nunca se me pasó por la cabeza", pero agrega que un compañero con marcapasos lo sacó para viajar gratis. (E PcDeA).

R:(...) Ahora cuando me formo como médico psiquiatra, ahí empiezo a conocer otros aspectos que no solo tenían que ver con la discapacidad motriz, sino también mental. Ahí aparece en los últimos años -déjame pensar, yo tengo 64 años- aparece una serie enorme, un espectro de derechos y también, obligaciones (...) Aparecen muchos mitos, controversias, fantasías y distorsiones en el imaginario social del certificado. Hasta creo que, si hoy te tengo que enumerar tanto las posibilidades como las implicancias del certificado, seguro que no lo conozco. Además, sé que se fueron modificando y no estoy lo suficientemente actualizado. (E IC).

En entrevistas con profesionales de un Centro Educativo Terapéutico, el equipo comenta acerca de la falta de información. La trabajadora social

comparte acerca de un caso de un joven, de 22 años, con DM leve que no quería tener CUD. “Creció con el cuestionamiento del CUD. Los padres no querían sacárselo. Solo por la cobertura de medicamentos, los padres lo tramitaron”. La psicóloga agrega: “Se quiere correr del certificado”. Refiere que este joven dice: “No estamos en la misma bolsa”. Por otro lado, recuerdan otro caso con DM leve y Trastorno de lenguaje, donde el certificado le servía para solicitar cupo laboral en UBA. Finalmente, consiguió el trabajo cuando su mamá se jubiló y no por el cupo. (E PS).

M4: (...) Yo me enteré por el programa de discapacidad en el que trabajo. Ahí me enteré que el certificado de discapacidad era necesario para la persona, que podía acceder a prestaciones, a reclamar por sus derechos...

M5: Yo hace muchos años, en el Centro de Día cuando tomaba contacto con la historia clínica y ahí veía el certificado de discapacidad....

A1: Yo también con la gente en la admisión que tramita el tema del certificado (...) especialmente cuando toda patología psiquiátrica entraba por discapacidad. Estos últimos 10 o 12 años y todos tramitaban. Ahí ya me tocó desde adentro como algo que me implicaba.

Mo: ¿Te implicaba?

A1: Si, me implicaba profesionalmente. Me daba el conocimiento profesionalmente, pero no de yo tener que intervenir.

S: Yo no me acuerdo. Lo tengo tan incorporado... que no me acuerdo (risas leves)

L3: ¡Qué interesante! En realidad, yo lo conocí bien como madre. Pero antes de que naciera mi hija con discapacidad trabajaba en un Banco como Trabajadora social y me ocupaba de la reinserción de sordos dentro de la comunidad bancaria (...) Este banco oficial muy importante cubría el 100 % de las prestaciones. Entonces era una interacción directa, tanto con los empleados del Banco como con los familiares.

A1: Lo cual era que en parte se aceptaba que era una prestación medi...de salud. Le daba todas prestaciones, pero no por ejemplo, viajar gratis.

L3: No existía.

A1: Pero satisfacía. Lo que daba la institución y satisfacía. Porque creo que es parte del imaginario, ya que hablamos de que cubrir toda lo sanitario es cubrir toda discapacidad

L3: Se cubría. A ver. Creo que es un modelo a tomar. Se cubría todas las prestaciones que realmente necesitaba la persona (...)

S4: A partir de la demanda y no la oferta...

L3: A partir de la evaluación que los profesionales- mediante interdisciplina- evaluaban que necesitaban (...) Lo instalamos en el marco del cupo 4% (...)

A1: Como cualquier decisión, si primero hay voluntad, luego la decisión política (...)
L3: La primera ley salió en el 81, pero...estábamos en el 78 (...)
A1: La ley viene a sancionar una costumbre Y no la ley viene a exigir... Empieza como costumbre y se hace ley (...)
Mo: ¿Y ustedes?
M6: Dándome cuenta a los 18 años, en el colectivo. Una persona que subía con el certificado. Antes de que estudiar Trabajo social...Si la ley viene del 81...Obviamente un avance
Mo: Por los carteles ¿Y vos...?
L4: Con los pacientes, en el P....
M5: Como un auge. Desde 5 años a la fecha o 6 años para ahora hay más gente que presenta certificado en la práctica cotidiana, que lo de antes. Antes no había tanta gente con certificado.
Mo: En estos últimos años, has visto a través de los años muchas personas que se presentan con el certificado
L4: Ahora es lo primero que te muestran, en el lugar donde trabajo (...)
L3: Creo que hay que contextualizarlo. Porque yo creo que en el interior el conocimiento del tema del certificado, o determinados ámbitos, no es tan común.
M5: O no es tan necesario tenerlo...
L3: Por ejemplo, cuando empezamos a pedirlo para entrar gratis a la cancha (...) En Ramsay, nos dijeron están mandando pacientes para ir a la cancha...
Mo: ¿Y vos...?
M7: Yo me enteré por los pacientes (...) Lo que vos decís, la información en el ámbito clínico, clínico quirúrgico, ya es poca. En general creo que poco de nosotros sabríamos cuál es el alcance legal, como llenar el formulario, si estamos capacitados para hacerlo o no; o si hay que mandar a alguien que esté capacitado, habilitado para hacerlo. Es un tema medio... (GF PS)

Las entrevistas con profesionales de la salud, con diferentes edades adultas, dan cuenta de ese acercamiento desde sus prácticas profesionales, ya sea a través de los propios pacientes ante la solicitud de certificados en la actividad clínica o a través de las instituciones donde trabajaban que exceden el ámbito de salud. La profesional más joven dio cuenta de la imagen del asiento prioritario en el transporte público y la profesional de mayor edad se refirió al trabajo de integración laboral de personas con discapacidad auditiva, antes que la ley reglamentara el 4% del cupo laboral para PcD. Por otro lado, se señala como “la costumbre se hace ley”, al recordar los antecedentes desde las prácticas profesionales en nuestro país. En tal sentido, también refleja cómo esta práctica fue cobrando lugar en el transcurso del tiempo y en las áreas para las cuales se

aplica. Al principio, predominantemente relacionado con temas de salud y posteriormente, extendiéndose a temas educativos o de deporte como, por ejemplo, para ingresar a la cancha, tal como lo expresan una psicóloga y un asistente social.

Es interesante señalar que los médicos refieren que es una práctica que fueron incorporando sin tanta formación específica, a pesar de que la perspectiva médica es la que prima en los informes solicitados para la tramitación del CUD. Se observa también que, de acuerdo a la especialidad médica que posean, pueden estar más o menos formados para este tipo de informes (por ejemplo, entre un psiquiatra y un cirujano).

En la siguiente Carta de Lectores, un prestigioso médico neurólogo defiende el acceso al certificado de discapacidad como el apoyo económico necesario para solventar los distintos tratamientos prolongados de los trastornos neurológicos y epilepsia, destacando el aspecto protector para las personas y familias.

He escuchado la expresión acongojada de una madre que tiene un hijo con trastornos neurológicos y epilepsia. Esta familia, mediante el certificado de discapacidad, recibe apoyo económico para solventar los diversos tratamientos de su hijo. La ley de discapacidad (es irrelevante el título que con la que se designe) protege a las personas y familias con determinadas enfermedades, y es una ley nacional desde hace décadas (...) Es un derecho, no sólo para preservar la salud, sino para aliviar la trágica penuria de la discapacidad. Esta madre teme que por decisiones políticas (...) que hagan peligrar los medios para mantener los recursos económicos que se deben aplicar, para sustentar y aplicar esta ley, que es un derecho de los ciudadanos y de la humanidad. Es perentorio, que después de las fantasías, declamaciones enfáticas preelectorales, las nuevas autoridades que surjan, emitan públicamente, sin subterfugios, el respeto a esta inexorable e imprescindible ley. (Dr. Grippo; 21 de noviembre de 2015, Carta de lectores La Nación). (MC).

Es interesante, que el profesional desestime el nombre de discapacidad para la citada ley, diciendo que es irrelevante el nombre con el que se la designe; y posteriormente le otorgue un lugar relevante como “derecho de los ciudadanos y de la humanidad”, desde la perspectiva de la tragedia personal.

hola buenos dias.hace un año me entregaron el cud..mi pregunta es la siguiente..donde o como tengo q pedir medicacion.soy un sobreviviente de la tragedia de once perdi un ojo y tengo fracturas en dedos y tobillo y desde hace 2 años no recibo ayuda ni medicacion..en mi municipio me cortaron todo. desde atencion medica hasta psiquiatrica..solo me alcanza para comprar lotrial y rispirdona..no tengo trabajo xq no puedo trabajar ni obra social..ni pencion ni jubilacion., tengo una discapacidad del 90 x ciento...donde puedo ir ?? [sic] (Flamenco, 2016) (MC).

Otras contribuciones de Blogs destacan el carácter de apoyo que el certificado puede brindar para el acceso y sostenimiento de los tratamientos de enfermedades, aunque agregan algunos que exceden el tratamiento, pero facilitan su sostenimiento como lo representa el transporte.

Tengo Artritis, Espondilitis Anquilosante y estoy por comenzar tratamiento biológico, con medicación carísima. Mis limitaciones en la vida cotidiana se hacen cada vez mayores y quiero saber si puedo acceder al carnet de discapacidad para obtener ayudas con la medicación y pasajes de colectivos que uso para ir a los controles. Muchas gracias. (Silvina, 2015) (MC).

La administradora le informa los requisitos que debe cumplimentar:

Podes... pero siempre tene en cuenta, que las juntas evaluadoras, te van a pedir la mayor cantidad de estudios clínicos, lo más completos posibles, que no tengan más de 6 meses de antigüedad, al momento que te presentes...y luego CUANTO, modifico en vos ese diagnóstico, en tu vida cotidiana. Gracias a vos por estar en CAMINO [sic]. (Quiroga, 2015) (MC).

La administradora distingue las limitaciones en la vida cotidiana, más allá del diagnóstico que presenta la usuaria para tramitar el CUD.

1.2. Marco de clasificación y componentes del CUD comprendidos en su evaluación

La mayoría de las personas a quienes se administró el cuestionario conocían su diagnóstico médico. Un ejemplo de ello son las personas con Síndrome de Down entrevistadas quienes no responden por tipo de discapacidad, a la pregunta respectiva del cuestionario, y sí lo hacen por el diagnóstico médico. Una de ellas agrega al nombre del diagnóstico: "Síndrome de Down, nada más". La respuesta claramente no deja lugar a más preguntas. (C).

La gran mayoría de las personas entrevistadas dijeron no recordar su diagnóstico médico, aunque sí tipo de deficiencia en el primer caso o limitaciones en la vida cotidiana en el segundo. En ambos casos, tramitaron su certificación de discapacidad. (C).

Por el contrario, la mayoría no conocía la descripción de la funcionalidad y discapacidad de la condición de salud que certifica la CIF dada su codificación alfanumérica, información que singulariza la situación de discapacidad de cada persona. Por estos motivos, se estimó adecuado indagar sobre estas distinciones entre enfermedad, deficiencia y discapacidad entre las personas con deficiencias, de nacimiento y adquiridas con o sin CUD, dado que este último grupo puede tener una enfermedad, con mayor o menor limitación en la vida cotidiana y no tramitar un CUD.

S1: Una enfermedad es algo que se cura.
M1: A veces, no (...) Hay enfermedades y enfermedades, que son diferentes.
E: Yo creo que depende de la gravedad. Porque hay enfermedades dolorosas y no tuve dolor.
C1: Esa es también una de las diferencias. La enfermedad tiene signos y síntomas. Siempre lleva un diagnóstico y tratamiento. Las deficiencias no tienen tratamiento. Hay muchas que hay diagnóstico y rehabilitación pero con respecto al déficit no se tiene que seguir ningún tratamiento al respecto. Es un déficit, ya.
Mo: Ahora ¿Es lo mismo un enfermedad o diagnóstico de una enfermedad que tener una deficiencia?
(Todos): No.
Mo: ¿Por qué?
J: No. Porque la enfermedad viene de repente. Y con una deficiencia, creo, si la tenés desde que naces...
E: Te queda.
J: Estas acostumbrado, habituado a la deficiencia...
E: Es como una limitación...como algo permanente.
J: Y a la deficiencia uno se acostumbra (...)
M1: No es la enfermedad. No hay que decir enfermedad. Tenemos capacidades diferentes, diferenciar lo que es diferente y qué común digamos (...)
Mo: ¿Qué es diferente y qué es común?
M1: Diferente y común. Entre que éramos niños, desde que crecimos y que cuando somos adultos.
E: Hay enfermedades que no limitan a la persona. Depende, depende el tipo... (Silencio)
C1: En la enfermedad además implica, como dije hace un ratito, es tener un diagnóstico y tratamiento. Uno puede suplir las deficiencias

con ayudas y apoyos. Los síntomas que trae la enfermedad en general son tratados por la medicina. Y en realidad, los dolores y las diferentes limitaciones que traen esas enfermedades no se pueden suplir...

J: Siempre y cuando, perdón, la enfermedad no te traiga secuela. Depende de qué enfermedad.

(Todos): Claro

J: Ahí empieza también una cierta discapacidad...Entonces depende que enfermedad.

E: (...) Si no te dan diagnóstico, no tenés diagnóstico en el tiempo correcto, perdés tiempo.

S1: A la luz de la Convención, también la diferencia entre enfermedad y discapacidad por el componente social de la discapacidad. (GF PcDN)

En ambos grupos que certificaron su condición de discapacidad, aparece como primera respuesta que la enfermedad se cura y la discapacidad no.

S3: Una enfermedad se cura en un lapso, un periodo. Te ataca el resfrío, una gripe, tomas remedios y se termina como es para todo el mundo, tenga o no discapacidad... Deficiencia que tenés un problema para acceder, usar, disponer de tal o cual cosa. Llegar a... un problema, una limitante.

L1: Algo propio, algo que carezco desde el lado visual, motriz, sensorial, mental, lo que sea necesario de ese lado. Y que esa dificultad sumada a los obstáculos que hablábamos antes, determinan mi discapacidad. Una enfermedad me da una deficiencia, sumada a 32 millones de barreras que tengo hoy en día en mi Argentina, me determinan la discapacidad que tengo actual (...)

Y: En definitiva, si no hay barreras no hay discapacidad.

L1: Definitivamente.

Y: Yo no me siento ni enferma ni... deficiente ni discapacitada.

S3: Con lo que entiende la sociedad. Si la sociedad quiere llamarlo que lo llame.

L1: ¿Pero no entra en juego lo que son mis límites, para no sentirme eso? Definitivamente no voy a ir a subir por escaleras. Mi límite es subir por escaleras... Definitivamente, tengo la deficiencia. La deficiencia de subir la escalera bien ¿Cómo se llama?

S3: La discapacidad es una sola. Eso de poner los modelos mentales, visuales, motriz...la discapacidad es una sola. (...)

H: (...) Son tres distintas maneras de codificar. No son tres palabras neutras. Tres maneras de codificar las cosas. Alguien que dice que algo es una enfermedad, otro dice que es un malestar. Alguien que dice que es una deficiencia, salen lo súper optimistas y dicen que es falta de voluntad. O lo que fuera... A mí no me serviría aportarte lo que el activismo me hizo construir porque es muy relativo y muy minoritario, pero si lo que me toca todos los días, que son esas tres palabras usadas como palabras de separación, discriminación. Eso me parece fuerte. (GF PcDA).

Las fronteras entre la enfermedad, la deficiencia y la discapacidad por momentos se presentan muy difusas y, en otros, bastante nítidas desde la propia situación de discapacidad que experimentan los participantes de los tres grupos focales. El modelo social como marco ideológico parece imprimir una distinción teórica conceptual que no alcanza para discriminar los conceptos en la realidad cotidiana.

La mayor distinción se observa en el grupo de PcDeA que no tramitan el CUD.

C2: Para mí, la enfermedad es distinta. Una enfermedad es biológica. Un accidente te puede discapacitar. En cambio, deficiente es otra cosa.
Mo: ¿Qué es?
C2: Todos somos deficientes en alguna medida. Yo te dije: me tiras al aire y vuelo.
C2: Tengo deficiencia. Por ahí, yo me escucho bien, pero quizás del otro lado no me escuchan bien. Una deficiencia común.
L2: A veces te acomodas a la deficiencia
C2: Y está incorporada.
L2: Me falta de acá y me muevo de este lado para compensar la deficiencia.
M4: Además me parece que la enfermedad, muchas veces, es algo más agudo. Y la deficiencia puede ser más crónica. Muchas veces una enfermedad si se cronifica se puede convertir en una deficiencia. Algo que empieza como una enfermedad se cronifica, qué sé yo, la diabetes, por ejemplo. O pasa a ser una deficiencia o discapacidad. Me parece que la enfermedad apunta a algo que se tiene y se termina. O porque la persona se murió o se termina porque se curó. En cambio, la deficiencia habla de una continuidad en el tiempo, una cronicidad. Y entonces sí hay que aprender a convivir con eso. Creo con la enfermedad también hay que aprender convivir con lo que pasa y que cuando una naturaliza la enfermedad y forma parte de su vida, empieza a convivir con eso...No siempre se convierte en una deficiencia. No siempre
L2: El caso de tu hermano de la diabetes, no se la época, si se controló. Si había un control como hay ahora Yo fui diabética. Y ya no soy más. Diabetes tipo II. Esta insulino dependiente. El que con una medicación lo va controlando (...) Te asustas y cuando incorporas los controles periódicos y los medicamentos, ni se disparó y ya ni te acordás que sos diabético... Tomas la medicación y salís...Ya no te acordás....
Mo: ¿Y es lo mismo tener una enfermedad que una discapacidad?
P: Qué linda pregunta.
M4: No.
M3: La enfermedad es pasajera. Es curable.

P: Puede ser.

M4: Curable o no. Forma parte de eso, como se integra a la vida a la vida de cada uno esa enfermedad. Resulta que la enfermedad integrada a la vida de cada uno, ya es parte de la vida de cada uno. Es parte de la familia. El gran problema cuando uno se pelea con la enfermedad y la ve en la vereda de enfrente.... Muchas veces hace que aparece como que sea el enemigo y venga del lado de la discapacidad. Si no, no. (GF PcDeA).

En este grupo que no certifica condición de discapacidad, se expresa que una enfermedad puede ser curable o no y que las deficiencias pueden estar presentes, pero la diferencia radica en la posibilidad de “integrarla a la vida”, “que forme parte de la familia” y que no se convierta esa enfermedad en un enemigo que aparezca bajo el nombre de la discapacidad.

En este grupo se debate constantemente el tema de la “cuestión ética”, con una serie de ejemplos que aluden a quien podría corresponderle o no el acceso a esta certificación, donde claramente no es un lugar para ellos.

R: Primero te contesto como persona con problemas. Hay una frase muy interesante que te dice que el problema no te lo pone la enfermedad, sino el ambiente. Es decir, hay una interacción de un ser humano con el ambiente. Si esa interacción facilita desarrollar tu potencial, a vos no te pesa. A vos te pesa la dificultad de desarrollarte en plenitud. Mientras el ambiente acompañe o debe acompañar tus variaciones o limitaciones, no va a ser tan evidente y no te va a pesar. En concreto, si yo tengo una elevación o disminución del nivel de glucemia, diabetes, no implica nada. Pero si ese nivel de glucemia implica un estado de coma, que me desmaye, o que me desconcentre o que tenga un accidente mientras conduzco, quiere decir que esa diferencia afecta mi vida cotidiana, implica otra cosa. Y aparece un déficit funcional... Por un lado, acá hay varios problemas. Uno: La enfermedad es planteada desde el discurso médico. El médico te dice: “Ud. tiene diabetes”. Eso no me dice nada hasta que, lo empiezo a sentir, a tener problemas. Por ahora, es un diagnóstico. Empiezo a buscar información sobre la diabetes. Siento la deficiencia como déficit en tanto no pueda sostener mis rutinas. No me afecte el afrontamiento habitual de la vida. Si no, para mí, la diabetes es silenciosa, como la hipertensión. Para mí la esquizofrenia no existe, la neurosis no existe, a menos que empiece a tener problemas con el ambiente. Ahí aparece un déficit.

En: ¿Es lo mismo tener una enfermedad que una discapacidad? Y si no lo es, ¿En qué se diferencian?

R: La discapacidad, en principio, implicaría el desfasaje, o la percepción del desfasaje entre lo que yo pretendo hacer y lo que puedo hacer. Motriz, mental o a nivel vincular. O la percibo yo o me lo

muestran los demás. O yo no puedo subir la escalera, o me enfrento a un obstáculo; o me rechazan en la mirada. Puedo no sentirme discapaz, pero me miran con cara de pocos amigos. Entonces, es la mirada del otro la que implica la construcción de algo discapaz, diferente para estar en sociedad. (E IC)

En la entrevista con el interlocutor clave -en su doble carácter de PcD y profesional de la salud- también queda claramente expresada y ejemplificada estas distinciones acerca de la enfermedad, deficiencia y discapacidad con el ejemplo de la diabetes que muchos de los entrevistados de esta muestra presentan, tramitando o no el CUD. Aparece la dificultad de sostener las rutinas y del afrontamiento de la vida cotidiana como el límite para que esa enfermedad se transforme en discapacidad, sumada a las barreras físicas y actitudinales.

S4: Yo que no vengo del campo médico, siempre lo asocio con algo que es curable, como la imposibilidad que se le presenta al médico con que la discapacidad no se cura. En algún punto esta distinción entre discapacidad y enfermedad. Muy simple, pero siempre cuanto tenía que aclararlo y desestimar que la discapacidad es enfermedad y explicar por qué no. Era, la enfermedad puede ser curable y en cambio la discapacidad no...

A1: Hay enfermedades curables y discapacidades reversibles...
(Mucho ruido, se superponen)

M5: Enfermedades crónicas.

A1: Esta diferencia que plantea ella no es poco común. Que es esto, de enfermedad tanto como en el DSM, trastorno... una situación pueda...

M5: Signos y síntomas...

A1: Ser enfermo o estar enfermo ¿no?

Mo: Ser enfermo y estar enfermo...

M4: Estar enfermo...

L4: Yo pensaba esto de tener una enfermedad como tener un diagnóstico y sentirse enfermo, es otra cosa...

S4: Si...

A1: Otra mirada

(risas, hablan todos)

L4: Hay gente que tiene diagnóstico y no se siente enfermo. En algún momento...

M7: Hay gente que no se siente y que no está enferma.

Mo: ¿Cómo es eso M...?

M7: Hay gente que se siente enfermo y que no está enfermo, objetivamente

L4: Claro

O: Objetivamente (risas)

A1: Y el hipocondríaco, sí.

L4: La pregunta fue que es tener una enfermedad

Mo: ¿Qué es una enfermedad?
M7: La pérdida transitoria de estado de salud y bienestar.
A2: Ser o tener, no es lo mismo.
M5: Igual. Salud no es definida como ausencia de enfermedad.
M7: La definición de la OMS, sí.
A1: No es solo ausencia de enfermedad
M7: No es solamente ausencia de enfermedad.
M5: Hay algo de cierto que el término enfermedad, a mí me remite a un cierto desequilibrio.
M4: A mí me remite a cierto sufrimiento, molestia de la persona, a no pasarla bien, a un malestar...
M7: La pérdida del estado de bienestar.
L4: La pérdida de la famosa homeostasis...
M4: La pregunta no dice que es tener una discapacidad
Mo: Ahora seguimos
A1: ¿Seguimos con enfermedad?
Mo: ¿Hay algo más de enfermedad para decir?
A1: Si vamos por eso a lo médico hay mucho imaginario. Cuando se habla de lo médico y no son médicos... y siempre me molesta bastante. Todos se meten en el campo y son todos sabedores (muchas risas y ruido de intercambio entre todos). Enfermedad es así como un síndrome es un conjunto de signos y síntomas, sin necesidad de evaluar que causa. Cuando se busca la causa, la etiología es enfermedad, sino se habla de síndrome.
M5: ¿Un síndrome no es una enfermedad en sí mismo?
A1: Por eso digo. En el campo médico, enfermedad es cuando al síndrome, signos y síntomas. Tengo taquicardia, ansiedad se me cae el pelo, síntomas cardíacos... Enfermedad es hipotiroidismo o (ruido)...
M5: Hay enfermedades que son definidas como síndrome...
M7: Uno puede tener enfermedad y no tener un diagnóstico claro.
A1: Depende del estar enfermo, del tipo de enfermedad.
M7: Porque perdió el equilibrio
A1: De todos modos, con el equilibrio... Algunos autores hablan cuando no es una enfermedad evolutiva, y es crónica y estabilizada, genera un nuevo nivel, en un nivel distinto.
M7: Es cierto.
A1: Incluso en las discapacidades, el que tiene una cifosis u lordosis, camina de un modo que pasa a tener un equilibrio distinto, una homeostasis distinta. Tanto que le sacas el bastón y comienza a desestabilizarse. Como chusmerío, enfermedad viene de "infirmas" que quiere decir falta de firmeza.
M4: Una nota... (Risas)
(Todos): muy importante...
Mo: ¿Que es para ustedes una deficiencia?
(Silencio prolongado)
M4: Yo lo relaciono -vamos a lo imaginario ¿no? - con la funcionalidad, con algo de lo funcional que está quebrado, disminuido...
M7: En realidad es, cualquier pérdida de la capacidad plena, en cualquier ámbito fisiológico o mental, es una deficiencia. Lo tenés al...
A1: Yo desde la CIF ya es como...

Mo: Desde donde lo pienses o lo creas...

A1: Una disfunción o función, antes de interactuar con el medio social ya significa un déficit. De ahí en más, como lo encare la persona y como la sociedad encuentre una respuesta, generará o no una situación de discapacidad.

Mo: Ahí vamos a discapacidad. Bueno, hiciste toda tu construcción de la deficiencia hacia la discapacidad

M7: Pero vos preguntaste deficiencia.

Mo: Yo pregunte deficiencia.

A2: Yo no puedo esperar con el tema de los verbos. Para mí es como no poder, algo que no puede. O algo adentro de uno que no puede.

L4: Para mí no, como no poder. Me parece muy fuerte la palabra...

A2: No poder, bueno...

L4: No alcanzar...

M7: La plenitud.

L4: No alcanzar la plenitud...

M7: Funcional...

A1: Claro. Hay que ver la conciencia de eso que lleva a otro capítulo y a otro encuentro... ¿Quiénes tienen plenitud acá? Levanten la mano quienes tienen plenitud hoy acá.
(muchas risas y se superponen)

A1: ¡Qué plenitud!

M7: No hay nadie acá que tenga plenitud...
(continúan muchas risas y se superponen)

Mo: ¿Es lo mismo tener una enfermedad que una deficiencia?
(Todos): No.

Mo: ¿Por qué?

M4: La enfermedad como decíamos puede llegar a ser transitoria y la deficiencia puede tener, compensarse, pero...

A1: ¿Y si se compensa sigue siendo deficiencia? Pregunto...

M4: Si le sacás lo que la pone compensada, quizás si es deficiencia...

M7: Depende de la óptica que lo veas, lo pensás...

A1: Victorious...

M7: ...Enfermedad tiende más a una pérdida real del equilibrio; de la homeostasis corporal, intelectual y demás; en cambio la deficiencia suena algo limitante en algún sentido, pero no en la plenitud. Yo tengo una limitación del 15% del movimiento de la rodilla, pero puede no importarme y estar pleno. Y eso es una deficiencia.

L4: Amar y trabajar....

M1: Claro.

A2: Pero depende cuánto te importa. Vos dijiste puede no importarte. Podes tener una enfermedad y puede no importarte...

M7: Puede ser poco y volver loco a medio mundo. Y estar enfermo con una mínima deficiencia. (GF PS)

Es interesante señalar en el presente estudio las distintas “definiciones” que van exponiendo los profesionales de la salud en la interacción grupal, siempre encuentran otra que supera la propuesta, como si nunca

terminara de poder ser alcanzada una definición, dando cuenta del campo representacional que opera en las prácticas profesionales. También es relevante observar cómo se contemplan aspectos objetivos y subjetivos en estas definiciones que van entretejiendo grupalmente, semejante a las diversas connotaciones que la palabra enfermedad posee en la lengua inglesa, como se expuso en el capítulo II.

Luego de administrar el WHODAS sobre las limitaciones en la vida cotidiana, una entrevistada con PcDN expresa:

No pienso la discapacidad en términos de salud, si desde la interacción con las barreras. Me fastidia en mis traslados cuando la gente apurada me choca o como un día, donde me rompieron el bastón. Ese día dejé de caminar por mis medios y me tomé un taxi. (E)

En tal sentido, otro aspecto controversial radica entre la condición y la situación de discapacidad bajo los distintos modelos en pugna (médico, social y biopsicosocial), que debería reflejarse en la evaluación del funcionamiento y la discapacidad para la tramitación del CUD, tema sobre el cual también se indagó.

J: La limitación exacta

Mo: ...y restricciones en la participación? ¿O más que la condición- que es más individual, del sujeto- refleja la situación de la discapacidad con la interacción con estos factores ambientales? Tiene estos componentes...

C1: Yo la verdad ni sé qué dice (muchas risas). Sé cómo se evalúa, todo... La verdad nunca pedí que me lo lean... [persona con ceguera] Se cómo lo evalúan. De por sí lo damos en la cátedra. No les voy a mentir.

Mo: No sabés que dice el tuyo, el propio.

C1 Ahora voy a pedir que me lo lean (risa).

J: Yo me acuerdo que dice Atrofia braquial derecha

Mo: ¿Te acordás el diagnóstico?

J: Sí y nada más.

S1: El mío dice las dos. La condición y la situación. Uno de los nuevos (...) El CUD. Yo tuve uno y luego una ampliación... Está bastante completo.

Mo: Y vos E... ¿te acordás?

E: El diagnóstico y después lo que decía, no entendí mucho....

C1: Lo que sé es que dice sin acompañante (risas)

E: ¿Sin acompañante? No te puedo creer... ..

C1: Ahí me acorde...

E: Mi mamá que se quejaba que no....

J: Se quejaba....

Mo: ¿Te lo dijeron en la evaluación, en la devolución?

C1: Me lo dijo una amiga cuando fuimos una vez a sacar un pasaje por cupo de discapacidad y me dijo que bueno, que ni viste tu certificado, porque dice sin acompañante (risas) (...)

S1: El mío re completo. Estuvo muy bueno. Muy buena la Junta evaluadora. Hubo una psicóloga. Yo en el Servicio porque como es discapacidad múltiple. Llevé de todo. La parte visual, de todo. (GF PcDN)

Entre quienes tramitaron el CUD, la mayoría no tienen conocimiento acerca de la distinción entre la condición y situación de la discapacidad que aparece en la descripción funcional de su certificado, ya que se presenta de un modo encriptado para el usuario bajo códigos alfanuméricos y no de modo descriptivo. Tienen conocimientos de la CIF relacionado con el modelo social y la Convención y acceden al conocimiento de los distintos aspectos contemplados en su evaluación, si un profesional con formación específica en este instrumento se los “decodifica”. En tal sentido, dominan más su diagnóstico de enfermedad o tipo de discapacidad que la singular descripción de su condición de salud descripta en el CUD, como así también las barreras con las que se enfrentan desde su experiencia cotidiana y no los factores contextuales descriptos en el CUD que dan cuenta de su situación de discapacidad evaluada.

Y: La condición

Mo: ¿Solo la condición?

S3: Nadie lo piensa como una situación...

H: Si estuviera M... con una experiencia muy chistosa con el tema de su certificado hace dos años. Dos años...

Y: Cuando contó su experiencia del certificado. Ella es sorda.

Mo: La conozco del Mercosur...

Y: Cancillería.

H: Le pusieron ciega... Luchó. Tenía una serie de quilombos con los trámites. Finalmente le dan el papel y aparecía como ciega. Se estaba yendo y le dice: “No, escúcheme, está mal”. Se lo llevan de vuelta y se lo arreglaron como ciega y sorda (risas) te tenés que reír, digamos porque es una cosa tragicómica. Ella está usando...

Mo: ¿Están atentos en lo que le ponen en el certificado de discapacidad?

H: No.

L1: Yo me enteré que en el certificado de discapacidad solo me pusieron que me faltan las piernas, cuando soy triple amputado (...) una persona en la que estoy en R... en la Comisión de Discapacidad que entiende mucho de CIF lo leyó y me dijo: ¿Vos viste que está mal?

Ahora están los códigos. Antes decía triple amputación o lo que uno tenía. Uno no tiene ni idea...

Mo: Están los diagnósticos, los diagnósticos y los códigos

S3: Los códigos que significan si no tenes una aclaración.

Mo: Y uno puede hacer una descripción de salud. Se hace una lectura como interpreté.

S3: Debía estar anexado al certificado.

Mo: Por eso se los pregunto...

S3: Los médicos no saben, en general no saben.

Mo: ¿Les gustaría saber que dicen los códigos?

Todos: Sí.

Y: Como dijo Héctor, acá también hicieron un montón de cosas mal con la CIF. Por ejemplo, S... que estaba con una discapacidad, cuando llegó el momento del ojo casi ciego que no figura en el certificado. Entonces las drogas que son carísimas se las tuvo que pagar. La Obra social decía que en el certificado no figuraba.

L1: No decía nada de la visión.

Y: Y estaba atrapada en ese certificado. Hasta que hablamos con el creador de la CIF. El Dr. (...) Al principio, estaba la discapacidad múltiple. No lo están poniendo en práctica.

S3: Eso debería tener una aclaración.

Y: Nosotras la llevamos y se lo modificaron. (GF PcDA).

Se relatan anécdotas -algunas muy graciosas, con risas compartidas por todos- acerca de que a una persona le pusieron que era ciega y no sorda, o a otro de los participantes, que le registraron la amputación de las piernas, pero no de su brazo. Asimismo, dicen que dependen de quién le pueda traducir esos códigos, para que puedan adquirir conocimiento acerca de la evaluación CIF de su condición de salud (deficiencias funcionales y estructurales, limitaciones en la actividad) que figura en el certificado. El mayor conocimiento de su situación lo adquieren si se encuentran habilitados a tener acompañante o no para el transporte público, ya que queda claramente descripto y consignado en el CUD. O en el caso de personas con discapacidad múltiple cuando falta de alguno de sus diagnósticos, impidiéndoles el acceso a un medicamento o tratamiento específico. "En definitiva, si no hay barreras no hay discapacidad", expresa S., buscando integrar el marco conceptual CIF.

P: Perdón, pero seguimos con lo mismo. Para mí el único que merecería un certificado es el que se le nota la discapacidad. Porque si a vos viene un médico te da un diagnóstico. El flaco de Filosofía y Letras que sacó el certificado para ir a la cancha, le hicieron un diagnóstico fantástico. Y él le debe haber pagado al médico, o se lo

hizo de favor o por un contacto político o lo que sea, pero vos sabés que no tiene discapacidad.

C2: A mí me gustaría que mi certificado dijera esquizofrénico y a ver si lo presento en el peaje y me dicen que no ¿Entendés? Algo bien groso. “Pasá, flaco...”

Mo: Entonces el certificado describe más condición de salud...

C2: Te condiciona a vos y condiciona a la otra persona, a la reacción.

Mo: No estoy hablando de condicionamiento.

C2: Que sos discapacitado.

M4: Estoy diciendo que certifica el certificado de discapacidad

M4: Debería certificar la discapacidad.

M3: Debería, pero no siempre lo hace.

M4: Para mí el certificado de discapacidad tiene que certificar la discapacidad.

C2: Con diagnóstico.

M4: No sé si con diagnóstico o no. Pero no necesariamente es allí donde tiene que estar... Es un plan de salud...

M3: Es un problema de salud.

M4: Claro que es un problema de salud. Pero es muy difícil poner en un certificado. Las restricciones o las dificultades que va a tener esa persona...

Mo: Las que tiene.

M4: Pero son obvias si pones ceguera o limitación visual...

Mo: No es tan obvio. Porque depende que puedas tener una disminución total o parcial o de solo un ojo con los factores del ambiente (...)

L2: Vos sabes que hace muchos años era solo el diagnóstico....

Mo: Sí, claro.

L2: Solo el diagnóstico.

Mo: Y un porcentaje.

L2: Y un porcentaje. Con lo cual los que recibíamos esos certificados, para hacer alguna otra cosa, muchas veces no sabíamos qué era, que implicaba ese diagnóstico. Por ejemplo, enfermedad de Crohn ¿Y?

Mo: ¿Qué necesita?

C2: ¿Qué es?

Mo: Con la evaluación CIF podés saberlo

M4: Es cierto. No tenés por qué saber...

L2: ¿Qué es? No sabíamos que implicaba ese diagnóstico, ni idea. O te juntabas con un médico. Lo que sea. Solamente un diagnóstico...

M4: No determina la funcionalidad, ni la discapacidad de la persona. (GF PcDeA).

En este grupo cuando se pregunta por “condición de salud”, uno de los participantes comprende el término como condicionamiento personal. “Te condiciona a vos y a los otros”, expresa. En el grupo aparece el tema del condicionamiento de los otros ante la tramitación de esta certificación, junto a una

reflexión sobre la cuestión moral, acerca de que los diagnósticos de enfermedades permiten acceder al CUD a personas que no les correspondería. Pero también parece adquirir otro significado sobre el modo en que la enfermedad puede condicionarlo a uno y llegar a cronificarse. De ahí, las estrategias que utilizan para que esto no suceda, implicando “una fuerza”, “un ajuste”, una exigencia de trabajo ante una condición de salud que es vivida negativamente. (E-PcDeA).

R: Yo creo...Te voy a ser sincero. Refleja más condición de salud que situación. Y te explico por qué. Yo creo que la segunda vez que me lo hicieron respecto a mi capacidad de adaptación. Yo podría decir que las preguntas que me hicieron la hizo gente con experiencia...

En: Juntas Evaluadoras.

R: Las preguntas quizás podían haber sido más completas. Ver más la película de la vida cotidiana. Pero creo que fue moderadamente suficiente. Reflejó lo básico de mi situación y mis derechos.

En: Pero no tanto con las limitaciones de la vida cotidiana...

R: Yo tuve que renovar mi certificado ¿Entienden? (dirigiéndose a los residentes de psiquiatría) Me preguntaron, pero quizás no tanto. Porque además eso es dinámico. Hoy me entrevistan ustedes, pero quizás en tres años, capaz que yo cambie. Quizás en tres años no tengo la destreza ¿Cómo lo vas a reflejar? ... (E IC).

El IC destaca el carácter dinámico de las limitaciones en la vida cotidiana en el proceso funcionamiento–discapacidad, distinguiéndolo respecto al proceso de salud-enfermedad. Mientras la Directora de Discapacidad del Ministerio de Salud Pública, Ema Boichuk, destaca que no se evalúa la enfermedad, pero, paradójicamente, refiere a la clasificación de enfermedades como el marco de evaluación -CIE-10. (MC).

Por otro lado, refiere acerca del impedimento desde el parámetro de la normalidad.

La función de las juntas evaluadoras de personas para otorgar el CUD son evaluar paso a paso las secuelas que le queda después de una enfermedad, no evalúan la enfermedad, “no evaluamos la enfermedad, esto es importante que la gente entienda, para evaluar nos regimos por normativas y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), es lo que le impide a una persona desarrollar una vida normal social, físicamente y mentalmente. (Noticias del 6, 2015). (MC).

Los siguientes mensajes expresan inquietudes de distintos usuarios de las redes sociales acerca si determinados diagnósticos de enfermedad constituyen discapacidad para obtener el CUD.

“Hola, quería saber si la parálisis facial de nacimiento es una discapacidad”. (Emanuel, 2015). (MC).

Nancy seguí intentando o hace una nota a quien corresponda, sobre la junta de evaluación que no reconoce su discapacidad, yo creo que tienen que evaluar un 70 % de discapacidad- y por lo que decís estaría dentro de ese 70 % ... consulta [sic] (Anónimo, 2015). (MC).

Buenos dias !! ante todo gracias por tener la amabilidad de responder ! tengo el certificado de discapacidad (cud) hace tres meses hace año y medio perdi mi voz por cancer de laringe .. que implica otros tantos problemas fisicos y sicológicos que no m,e permiten llevar una vida noemal, mas alla de la comunicacion ... [sic] (Pablo, 2015).(MC).

Si es cierto Pablo, las situaciones particulares son realmente complejas en tantos casos. Para peor, las cajas se desfinancian con personas que tramitan el certificado de discapacidad sin necesitarlo. Debería usted asesorarse por algún estudio de abogados especializado en discapacidad y todas sus leyes (que son muchas). A nosotros nos asiste Estudio Dra... (Administrador, 2015). (MC).

“buenas noches, quería averiguar x me diagnosticaron Miastenia Gravis que es una enfermedad crónica, y el médico me dijo que tramite el certificado de discapacidad, el tema es yo tengo prepaga no me perjudica hacer el certificado?” [sic] (Florencia, 2016). (MC).

Si claro, DEBE tramitar el CUD. NO la perjudica en nada. ¿Cuándo le diagnosticaron Miastemia? Luego de notarse en la prepaga o previamente. Si el diagnóstico es posterior no la perjudicará en nada, si es previo a anotarse en la prepaga, podrían aducir que ocultó una patología preexistente. No obstante, el CUD no la perjudicaría en nada [sic] (Administrador, 2016). (MC).

Buenos dias, yo tengo una enfermedad cronica desde 2007, me diagnosticaron a los 13 años, y mi mama me habia hecho el certificado de discapacidad por el tema de la medicacion y todo eso, en parte no tengo ninguna limitacion mientras no presente ningun brote. Y hace un año estoy trabajando y mi jefe me quiere poner en blanco...ellos saben de mi enfermedad pero no saben de que estoy declarada como discapacitada. Mi consulta es, voy a tener algún problema con el trámite o se puede hacer normalmente. o si va a presentar limitaciones? Pregunto porque escuche que las personas con

Casi al finalizar la entrevista, S. reflexiona sobre la concepción de discapacidad propuesta por la CIF: “Yo me pongo a pensar y con esta nueva definición de discapacidad, yo no tengo discapacidad si cuento con toda la accesibilidad que necesito”. Pero agrega al instante: “Sí. Yo puedo hacer (con

referencia a contar con todos los apoyos necesarios y un diseño universal de accesibilidad física) pero necesito el doble de tiempo". (E PcDA c/ CUD).

Otra entrevistada, PcDA y profesional de la salud, comenta que "aún falta mucho", pues, en las encuestas laborales del plan de Modernización del Estado, cuando uno tiene discapacidad, le preguntan sobre un porcentaje y no los códigos que tiene por la CIF. Con relación al concepto de discapacidad, Y. afirma "Yo dependo de la ortésis", referenciándose al facilitador que le permite su desempeño cotidiano.

Hay un margen entre los discapacitados de nacimiento y adquiridos, como fuimos criados, nuestra posición con la autodeterminación (...). Cuando me dieron el certificado, me otorgaron el 99%. El médico de la Junta evaluadora me advirtió que con 99% me podían cesantear y con 95% podía seguir trabajando. (E PcDA).

Respecto a la capacidad de autodeterminación, resulta interesante la toma de decisión de este participante al optar por un porcentaje menor para tener la posibilidad de seguir trabajando.

R.: CIE-10 y el DSM-V ¿Recuerdan? (se dirige a los residentes presentes) Grado de adaptación o grado de desadaptación. Obviamente, es mucho más fino. Una cosa es el porcentaje y otra cosa, es en la práctica cotidiana donde está fallando, que es lo que no puede hacer.

En: Por un lado, está el diagnóstico médico del CIE-10 y, por otro lado, la evaluación de la CIF, integral del funcionamiento y la discapacidad. Una evaluación de las deficiencias funcionales y/o estructuras corporales, actividades y participación en interacción con factores ambientales.

R.: A qué hora se despierta, si puede hacerse de comer, si puede caminar, si puede bañarse, si puede salir a la calle, si puede subir a un ómnibus...

En: Si requiere ayuda de terceros...

R: Si necesitan que lo acompañen. Una radiografía de la vida cotidiana. Si puede ir de compras, si puede comprar comida, si puede manejar dinero, si puede manejar su economía...

En: Si tiene trabajo remunerado o...

R: Por ejemplo, trabajar. Si puede manejar su dinero. Capaz que eso solo lo pone en riesgo de perder todo. En fin... (E IC).

La diferencia entre los distintos clasificadores y la información que brinda la CIF como marco de evaluación de la discapacidad queda sintetizada por el IC en la frase “la radiografía de la vida cotidiana”.

Un psiquiatra que trabaja en un CET, al aplicar el cuestionario, realiza una reflexión acerca del DSM como clasificador (El DSM es otro clasificador que se aplica en las evaluaciones para DI y DM según informes solicitados por las Juntas Evaluadoras de Discapacidad y del cual también harán referencia otros profesionales de la salud en el grupo focal) es pensado desde “más diagnósticos, más facturas”, asociando los nuevos diagnósticos con las patentes de medicamentos. “En tal sentido el CIE es mejor”, agrega. También hablamos de la CIF que reconoce como marco evaluación funcionamiento-discapacidad. (E PS).

Mo:(...) ¿Consideran que esta evaluación refleja condición de discapacidad o la situación de discapacidad? (...)
M4: ¿Puedo responder?
M6: Y la fecha de vencimiento también. No me parece un dato menor...
M4: Pienso que cuando dice el diagnóstico es condición y todas las situaciones ambientales, es la situación.
D: Como en un expediente, tiene que estar vigente.
M6: Digo en los casos que no es visible, la discapacidad y la gente que vive... no me parece menor (...)
A2: Yo creo que hay que hilar muy bien y tener mucho conocimiento y mucha convicción ideológica para decir que es situación.
M5: Creo que, a diferencia, con todos los cambios, los nuevos certificados de discapacidad tienden a ser más situacionales.
A2: Por eso, hay que saber leerlo desde ese lugar. Y tener todo ese contexto teórico para decir que es situación. Sino sigue siendo...
S4: Hoy sigue siendo condición.
A2: Puede ser que este “en camino a...”
M4: Para mí son ambas situaciones, el certificado actual. La condición y la situación. La condición dada por el diagnóstico y toda la parte del análisis de la CIF, con la situación.
A1: Bueno, la estructura más como condición. La CIF analiza estructura y funcionamiento.
Mo: Y también está el diagnóstico.
A1: Diagnóstico, a veces el diagnóstico es situacional.
Mo: Claro, en el médico psiquiatra es situacional porque utiliza el DSM IV que se le pide como informe para certificar en la Junta.
A1: Y el CIE-10.
Mo: El CIE-10 pero te piden el DSM.

A1: Con los ejes del DSM IV. Ahora lo que pasa que el DSM V tampoco es categorial. No tiene categorías. Se parece a la CIF, no a los códigos del CIE 10.

Mo: Para algunos todavía contempla las dos cosas, para otros todavía aún refleja la condición de discapacidad y para otros estaría en transición a la situación de discapacidad.

A1: Yo me pregunto. Eso encubre o da por supuesto como si fuera el ideal la situación. Como si en todos los casos, que, si uno tuviera una mejor mirada, si la discapacidad fuera solo un episodio y que después todo cambia. Uno sabe que hay discapacidades y discapacidades. Hay discapacidades adquiridas y discapacidades permanentes o no. No totales, pero las discapacidades severas que afectan, las multidiscapacidades o las profundas. Digamos una, la encefalia. Exagerado ¿En la encefalia, qué situación de discapacidad? Por más que se le pusiera Noruega o Suecia alrededor como sociedad. Por más que se le pusiera el equipo de Cuba para que hiciera la rehabilitación. O por más que se le pusiera a la Madre Teresa... El cambio sería pequeño.

M5: Pero si una situación...

Mo: No es lo mismo... Me viene el recuerdo cuando nos preguntaron...

M7: Suena muy etimológico esto. Porque en realidad cuando lo escuchas de afuera situación suena algo más transitorio, algo pasajero.

Mo: Dinámico.

M7: Dinámico, puede ser para peor o mejor (mucha discusión). La encefalia es una condición instalada. No se puede trasplantar el cerebro.

M5: Claro justamente porque valora el certificado de discapacidad...

Mo: Según la CIF...

M5: Según la CIF, no solo es la estructura. Es eso, en esa situación.

M7: Esta bien, bueno.

A1: Condición más situación.

Mo: No es lo mismo que una persona con hidrocefalia este en un lugar, en una ciudad "del interior del interior"- como denomino yo- en una casa muy precaria, todo el día encerrado en el tercer patio. A que ese mismo niño esté en un lugar estimulado por profesionales y que tiene un apoyo de la familia. El diagnóstico puede ser el mismo. La situación...

M7: Situación vista desde el medio (...)

A1: Claro. Sobre una condición se genera una situación. (GF PS).

El intercambio acerca de la condición y la situación da cuenta de las distintas perspectivas y prácticas disciplinarias de los profesionales de la salud. Uno de los integrantes -médico- señala que parece presuponerse que la situación es el ideal, "como si uno tuviera una mejor mirada si la discapacidad fuera solo un episodio y que después todo cambia", refiriéndose a discapacidades que, por el

grado de severidad de su condición de salud, no afectaría en igual proporción la situación. Desde algunas especialidades médicas se observa cierta dificultad de distinguir esta diferencia entre condición y situación, cómo valorar los factores ambientales y cuánto inciden en la condición de salud. Hecho a destacar dada la preponderancia de los informes médicos para la tramitación del CUD.

En un artículo periodístico se informa:

Desde el SNR destacan que la Argentina fue el primer país del mundo en adoptar los criterios de la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud, CIF, que entre otras cosas establece abordar la discapacidad desde una mirada biopsicosocial (Santoro, 2014). (MC).

Por otro lado, en una comunicación personal, una PcDN entrevistada se contacta nuevamente con la tesista y manifiesta su preocupación para que otro diagnóstico se agregue al de nacimiento y garantizar así el acceso al 100% de los medicamentos.

¿Me la están complicando con el mío por qué la convención es resistida en algunos ámbitos profesionales?... de la cif tal vez puedo entender la resistencia, pero resistencia a la convención, cuál es la explicación? ah, bueno, entonces algo me hacía ruido, por un lado la cif y por el otro el marco básico... pero está todo mal: se implementa una cosa y no la otra... digo, si se adopta la cif, pues que se reforme el marco básico, sino, está todo a medio camino (...) me hace mucho pero mucho ruido la implementación de la cif, cuando lo demás no está reconvertido [sic]. (MC).

Posteriormente, agrega:

(...) Así como está todo, salgo perjudicada porque pueden no querer contemplar todo mi diagnóstico y perdería la cobertura. (MC).

Continúa

(...) y lo que es peor, certifican mediante un nomenclador que casi ningún médico conoce, entonces, es como que se hablara en diferentes idiomas y nadie entiende nada y los pacientes, terminamos siendo rehenes de políticas públicas mal implementadas. (MC).

En esta comunicación, se expresa claramente cómo la certificación está sujeta a una práctica médica, práctica que puede desconocer el modo en el

que debe ser evaluada la discapacidad, para que esa condición de salud sea certificada.

1.3.-Alternativas de la tramitación voluntaria

Indagar sobre las alternativas de la tramitación voluntaria (renovación o denegación), resultó fundamental dado que se observa en los dos grupos focales -tanto de PcDN como PcDA- que perciben la discapacidad como algo permanente, más asociado a su diagnóstico médico que a la situación de discapacidad que puede variar, mejorar o empeorar a través del tiempo. (BC).

Ejemplo de ello, una de las entrevistadas -PcDA- con la que se mantuvieron una serie de intercambios telefónicos posteriores al primer encuentro, motivados en su preocupación de por qué no le renovaban su certificado. Cuestionaban su sensación de dolor y le solicitaban una serie de pruebas objetivas que pudieran avalar su padecimiento. Cabe aclarar, que ella ya había realizado una serie de movimientos respecto a los beneficios contemplados a partir del CUD, como el de la obtención de un lugar reservado para estacionar su auto. La denegación del certificado claramente la inquietaba. (E).

L1: (...) Entonces caí en la CIF, caí en Ramsay, caí en el certificado. Es renovable, por las dudas si la discapacidad se va en algún momento... (Muchas risas)

Y: A mí el último me lo dieron por diez años. Yo dije: ¿Qué? ¿Me voy a curar?

L1: A mí me va a crecer en cualquier momento...Tengo hipo de vez en cuando (risas) pero todavía no me creció nada, le dije. Uno termina diciendo... Pensé que era mucho más natural. Mucho más. No natural. Quizás no es la palabra. Creí que era mucho más directo la CIF y la discapacidad. Tal vez surjan casos que ni siquiera tengan la CIF todavía (...)

Mo: ¿Se cuestionaron alguna vez renovar o no la certificación?

Y: ¿El certificado?

S2: Yo en este momento. Tengo el certificado vencido. Viste, lo tenía que renovar el 16 de julio y digo: "pero tengo que ir hacer un 'tramiterío' bárbaro, no tengo tiempo y además sigo siendo ciega". Así que... No sé si lo voy a renovar.

Mo: (observando la cara de L) ¿Vos sí te lo replanteaste?

L1: La verdad yo no me lo replantee. Yo, por ahora, una sola vez que lo fui a renovar y lo hice como un trámite. Se me venció.

S2: ¿Lo hiciste rápido?

L1: No sé si hice rápido. Lo renové me citaron tres días distintos. Pasé por tres juntas distintas. Todos concordaban que me faltaban las

piernas, no me lo replantee como opción. Mas como se vence y hay que renovarlo...

M2: Se vence. Yo lo voy a renovar.

Mo: Vos vas a hacer el trámite de renovación. No te lo cuestionás...

M2: Para mí es un documento.

L1: No se deje seguir por su señora, me parece bien no le siga sus pasos. Y si le comienza a pegar con un bastón, se sienta al lado mío (risas). Yo tengo lugar.

Y: Viste, yo no me lo voy a cuestionar nunca porque, viste, cuando los certificados los necesitas en un momento, viste cuando los certificados lo hacen de grande. Tengo muchos años más para renovarlo. Pero me gustaría renovarlo ahora....

S2: Y te lo dan por cinco años...

Mo: ¿Porque te gustaría renovarlo?

Y: No es el último. Es el que tiene el CIF, pero no es el que tiene...el CUD.

Mo: Certificado único de discapacidad.

Y: Van a ver muchas cosas que los que tenemos este que no vamos a poder acceder. Por ejemplo, P... estuvo con el de la SNRT y los pasajes para los que tengan el CUD. Quedan afuera todos los que tienen certificados.

Mo: ¡Ridículo! Va a haber una extensión y se va ampliar a los que no tienen CUD. No te pueden decir, no te van a discriminar...

Y: Y va a tener que hacer otro trámite para poder viajar.

Mo: Bueno, hay que hacer algún, algo...

Y: Es lo que estamos reclamando. (GF PcDA).

La mayoría otorga un carácter permanente a la deficiencia funcional y/o estructural que presentan, por consiguiente, la renovación del certificado representa un sin sentido. En algunos participantes, surge un cuestionamiento respecto a la existencia del propio certificado de discapacidad (esta postura ya había sido detectada en las entrevistas de la primera etapa en campo); aunque, por otro lado, reconocen que es el único método para acceder a derechos.

S1: Cuestionar a efectos del trámite, no. Mi cuestionamiento, si la discapacidad es permanente me parece ridículo volver a hacer el trámite. Si bien por tener esta cosa evolutiva, que fui perdiendo, me fui discapacitando más, para poder acceder a la rehabilitación...necesito que este lo más actualizado posible.

E: Hay que hacerlo

S1: Lo más actualizado posible

C1: Voy más allá.

Mo: A ver...

C1: Sé que es necesaria la acreditación. A veces me cuestiono la existencia del certificado. Hoy acredita la discapacidad por la cuestión que sea. El único método para acceder a derechos. Transporte

gratuito. No, y la verdad es que todos deberíamos acceder a un empleo digno y competente que nos permita pagarlo. Pero bueno, esas son las condiciones necesarias ideales que no están...

Mo: Si fuera necesario o no una certificación... Vos [dirigiéndose a J.] en otro momento lo comentaste, también algo de esto que vos dijiste....

J: Quizás una persona que tiene 4 hijos, que tiene que alimentarlos y se levanta a las 2 de la mañana y también debería estar ayudado...

C1: Perdón, por otro lado, también hay mucha gente que accede y no lo necesita.

J: Están tan desesperados por cambiar la camioneta, para tramitar y pagar menos la camioneta. Están desesperados. Es cierto eso. Hay muchos que especulan con eso.

C1: Hay muchos que podrían pagarse el transporte tranquilamente...

Mo: Ahí directamente ligado a lo socioeconómico. Una ayuda...

C1: Creo que es diferente en tema salud. La cobertura universal, gratuita es lo ideal...

Mo: El certificado debería... No sé si se las hice antes. El certificado debería esto...con acceso a derechos. Uno se pregunta: ¿Qué tipo de derechos? Discriminando qué tipo de derecho

E: Los medicamentos.

Mo: Eso es Salud.

E: Y sino reclamar a la Defensoría del Pueblo.

S: Te pasás haciendo trámites...

C1: Hay gente que no puede realizar trámites ni física ni emocionalmente... (GF PcDN).

Una persona que participa en una Asociación de Enfermedad de Crhon comenta las dificultades que atraviesan las personas con enfermedades poco frecuentes en la evaluación con las Juntas Evaluadoras, ya que los profesionales suelen decirles: "Te ves bien, a vos se te ve bien", no visibilizando su incontinencia o desestimando la necesidad de medicamentos, pañales, transporte o libre estacionamiento. Otra entrevistada expresa: "Ahí le encontré un sentido. Podía viajar gratis". Agrega: "Ese papel no dice nada nuevo. Si me ves con el bastón, si me ves como camino, ves que soy ciega". (E PcDA).

A diferencia de la mayoría de los participantes de los GF c/CUD, en la entrevista con IC surge el carácter dinámico de la condición de salud y la necesidad de que estas variaciones estén contempladas en el certificado de discapacidad.

R:(...) Primero cumplamos la ley de las personas con discapacidad y si hay que renovar, se renueva el certificado.

En: Se va y se solicita. No se da por sentado la condición...

R.: No, porque el cuerpo cambia, la mente cambia. El día de mañana, los porcentajes de discapacidad pueden cambiar y aumentar, pueden modificarse. Si la Obra Social... si saco un certificado por la polio, pero mañana tengo un infarto, una doble discapacidad y no lo renové ¿Porque la Obra Social me va a tener que cubrir el infarto? Yo soy responsable. Hacete cargo. La querés toda. Jodete. Ahí aparece la neurosis de la PcD. No se merece nadie, o se merece todo. Es un problema neurótico, bien neurótico (me río). No somos especiales. De ninguna manera. Somos personas con problemas, con derechos, pero no somos especiales. (E IC).

En el grupo de PcDeA sin CUD, la mayoría de los integrantes hacen referencia a otros -familiares, amigos, pacientes, afiliados- no implicándose en la posibilidad de ser ellos quienes se cuestionen tramitar el CUD, aunque mencionen sus enfermedades o padecimientos tramitados de otro modo. La excepción fue uno de ellos con un 70 % de discapacidad auditiva, que intentó tramitarla a instancia de otro compañero y sintió que había otros con mayor necesidad que él. Este “más” implica el que menos tiene. Esto que aparece insistentemente como una “cuestión ética” caracterizando a este grupo, parece reflejar una identificación con la condición de salud desde el aspecto positivo, desde el funcionamiento que tienen, desde las actividades que realizan, pero también podría connotar los sentimientos de vergüenza y la estigmatización que podrían padecer si lo tramitaran.

M3: (...) De hecho, yo tengo una discapacidad que capaz que no se nota, pero la tengo. Cuando llegué al lugar y vi lo que había, dije no puedo ser tan caradura como para sacar el certificado y me voy. Y no lo saqué nunca. Sé de gente que no tiene absolutamente nada y lo paga si es necesario, para poder tener esas ventajas y beneficios.

M4: (...) Para mí siempre significa, más allá de los tiempos, siempre significa una estig...matización. No es lo mismo tener un certificado de discapacidad, que no tenerlo (...) De alguna manera, si yo subo al colectivo con un papelito, me estoy presentando. Yo me presento con el certificado.

M3: Cambió tanto la modalidad, la mentalidad de la gente. Lo que antes era una vergüenza, hoy es una piolada. (GF PcDeA).

En una entrevista con M., persona con DA, refiere, al igual que las PcDeA, no querer pararse desde la enfermedad y la victimización, pues es una decisión como PcD cada vez que tiene que renovar y “mostrar”.

M: Por ejemplo, en el Colegio hay una Junta Médica que hay que hacer y me doy cuenta que cada vez que yo tengo que renovar, mostrar, me genera...no sé si como las máximas de San Agustín, como en la Edad Media, que había todas unas reglas para demostrar pobreza, hay que demostrar la discapacidad. No es suficiente que tengas la enfermedad, la deficiencia, hay que demostrar la discapacidad (las limitaciones de la vida cotidiana). Y eso muy fuerte...Cuando vos lográs superar tu calidad de vida, por “motus” propio (...). Yo soy un ser completo que con todo esto me puedo parar. Te podés parar donde los recursos...de los recursos propios. Pero también desde una decisión de no pararte en la enfermedad y victimización. Parece que hay una contradicción, pareciera que, en algún momento, en la medida que tengo que certificar mi discapacidad ¿tengo que hacer el papel de víctima? No estoy dispuesta. No estoy dispuesta (enfatisa esta frase). Yo no corrí un camino donde me tengo, tuve que superar, aprender a manejarme con un ojo sin escuchar, sin entender, tratando que me vean como una PcD en el mejor de los casos y no discapacitada. (E PcDA).

Una Trabajadora social que trabaja en un CET comenta como los concurrentes a quienes les es otorgada la certificación por un año se preguntan “¿Soy discapacitado por un año? ¿Me puedo curar?” (E PS).

Mo: ¿Qué creen que piensan sus pacientes -o personas que orientan- cuando las derivan a tramitar la certificación de la discapacidad?
M5: Yo creo que es el rol de cada uno de nosotros en el lugar que ocupa. Es fundamental. Me pasó con adolescentes, con chicos tener que hacer una orientación. Y me parece que el encuadre...El tiempo que le dedique, a acompañarlos, a explicarles, minimizar el impacto que podía tener una decisión así, me parece que jugó muchísimo a favor en cuanto a la estima...Y, por otro lado, la posibilidad que se está viendo con el tema del certificado de discapacidad que te la dan por un año. Nos permite abrir la cabeza. Esto va servir para esto y estoy nos sentamos a charlar nuevamente. Se me viene el caso de un chico muy puntual, de un chico que luego de una situación de inseguridad empieza con depresión grave, con ataques de pánico y agorafobia. Y bueno, es armar una situación muy límite familiar. En la Obra Social le decían 30 sesiones de psicología por un año. Previo acompañamiento, la Obra Social decía con certificado, con certificado. Se tramitó. Se la dieron por un año y fue suficiente. Fue suficiente.
A1: Es un caso interesante. Lo cita por lo poco frecuente.
M5: Me parece que el rol –me tocó a mí justo acompañarlo- de quien hubiera estado ahí, era determinante.

A1: Uno sabe que cuando se dice que la discapacidad de la CIF, pongamos la condición y la situación; uno es parte de la situación que discapacita y es parte bisagra. A partir de que la autoridad médica declara la discapacidad, ya todo el mundo cree. La autoridad médica pesa en eso. Es una persona con discapacidad. Uno fue un constructor de ese lazo para bien y para mal. Porque a veces es para bien y a veces, es para bien y para mal a la vez. Porque uno lo hace porque lo tiene que hacer, y a su vez lo instala en un mundo y una serie de miradas que lo sancionan. Lo sancionan en el sentido que lo miran como yo quería que lo miraran. Mi experiencia es distinta. Las certificaciones que yo tramito son de discapacidades mentales e intelectuales, en la que la misma condición de discapacidad intelectual y psiquiátrica... Digamos... la psiquiátrica del adulto mayor se puede resolver por otro lado. Pongamos un Alzheimer temprano -50 años- no le afecta demasiado. Muchas veces, me llega un Alzheimer ya consolidado. Del principio y yo no voy a decirle te conviene hacer un certificado o que comió hace dos días. Ni una ni otra. Las renovaciones obviamente es algo que ya está instalado. En algunos casos, sí. En estos últimos años, estoy abusando la mirada sobre estas discapacidades- dinámicamente- tener la tramitación es una herramienta mejor que peor. Las dos cosas, pero es mejor que peor. O el del tema de renovar o no. Y algunos decían que no. Sobre todo, los familiares. Quise decir renovar. Porque trae sus ventajas... (GF PS).

Posteriormente, este profesional médico expresa respecto a la denegación: “Una vez que la tiene, quiere tener la mayor discapacidad posible. Si le digo ¡Alégrate, no te da el puntaje! no sé si se alegra...”. Agrega:

Después siempre incide. En algunos, no negativamente. Si se pelean con el certificado es como DNI. Se juegan DNI. Mucho más DNI que mí, que lo pierdo y me hincha tener que hacer la cola. Ahí es parte de su identidad. La hacen valer como herramienta de identidad. (GF PS).

En tal sentido, el profesional médico asocia la denegación con las alternancias en los procesos identitarios vinculados al CUD que se analiza en el próximo apartado.

También se observa en las comunicaciones en las redes, como la denegación de la certificación puede ser percibida como discriminación, expresando que no se les otorga algo que les corresponde, por ese estado permanente que padecen bajo el diagnóstico -o los diagnósticos- que presentan.

HOLA, ENCONTRE ESTA PAGINA Y ME SENTI MUY IDENTIFICADA, TENGO OSTEIOPOROSIS SEVERA, Y

FIBROMIALGIA, FUI A REALIZAR EL CUD, AL HOSPITAL QUE ME CORRESPONDE, ME COMENZAON A TRATAR MAL, COMO DESCREYENDO LO QUE YO CONTABA, ME DIJERON QUE LA FIBROMIALGIA ES INCOMPROBABLE Y QUE LA OSTEOPOROSIS SEVERA, NO ESTABA ESCRITA EN LOS ESTUDIOS, SI POR LOS MEDICOS, LA VERDAD QUE ME SENTI MUY MAL, COMO DIFAMADA, ME PUSE A LLORAR NO PODIA CONTENERME, ENTONCES ME DIJERON QUE SALIERA, Y LUEDO ME DIERON UN CUD POR DEPRESION Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD CON VALIDEZ POR 10 AÑOS, LE DIJE QUE ESO NO ERA LO QUE DECIA MI PSIQUIATRA, Y ME DIJO LO QUIERE O NO LO QUIERE. LO TOME EN MIS MANOS Y ME FUI LLORANDO (...) [sic] (Anónimo, 2015). (MC).

Hola, fui a la junta médica y no me renovaron el cud porque cambiaron las leyes. Me dieron denegatoria certificado de discapacidad. Soy diabético insulino dependiente hace 41 años. Tengo retinopatía, pilineuropatía y nefropatía diabética. Todos los estudios quedaron allí. A donde puedo dirigirme a que me evalúen nuevamente ? Gracias [sic] (Javier, 2015). (MC).

hola. mi consulta es la siguiente. posee CUD, otorgado en el año 2006, por entidad correspondiente, es PERMANENTE, padezco síndrome de usher, que me ocasiona hipoacusia moderada a severa y retinosis pigmentaria (...) me dijeron que las leyes cambiaron y que ahora el cud no es mas permanente...y por eso supuestamente lo tengo que volver a tramitar...ojala NO FUERA PERMANENTE Y PROGRESIVA la patologia que me afecta...agradezco su asesoramiento...saludos cordiales [sic] (Florencia, 2015). (MC).

Hace años mi esposo es discapacitado ya fue a 3 juntas médicas y fue rechazado xq no es acto para q l den un certificado d discapacidad el perdió l vista con trasplante d córnea tiene mal d chaga y del otro ojo tiene miopía l verdad q esto es una injusticia uno por hacer las cosas bien t revotan y t cierran las puertas y hay otros q lo hacen x otra forma y lo consiguen l verdad q es una vergüenza esto [sic] (Nancy, 2015). (MC).

Hola yo soy de Argentina a muy poca edad tuve un retino blastoma lo cual me a llevado en el transcurso de la enfermedad a una enucleación del globo ocular izquierdo y la utilización de una prótesis, en el 2010 eh conseguido que me otorguen el certificado de discapacidad por 5 años, ahora en le 2015 a la hora de renovarlo me lo han denegado por la normativa 639/2015 a todo esto no a cambiado en nada ni eh tenido ninguna mejoría al respecto de mi problema, ya que no me va a crecer nuevamente el ojo izquierdo como pareciera que piensan quienes realizan las leyes acá, de echo [sic] me siento discriminado por tal motivo ya que uno no puede dejar de ser y dejar de ser discapacitado

porque a ellos se les ocurre que así sea, pareciera una lotería, encima de todo esto mi discapacidad esta a simple vista (...)al final es tan contradictorio que hasta psicológicamente me siento mal, puesto que ya no se si soy no discapacitado, aunque si me siento como tal...[sic] (Diego,2016).(MC).

Tengo el Cud que se me vence en 2017 y tengo discapacidad parcial, definitiva y permanente !!! tengo que hacer esto o xq no me lo otorgan definitivamente.Graciasssss [sic] (marta,2016). (MC).

Obtener el Certificado Único de Discapacidad (CUD).Es un documento público (...). Es voluntario y consta de una evaluación interdisciplinaria en la que los profesionales determinarán, de acuerdo a la documentación presentada por el interesado, si se encuadra o no dentro de las normativas vigentes de certificación de discapacidad (psicop ,2016). (MC).

SI UNO YA TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD Y CADUCA EN EL 2020, SE DEBE REALIZAR ESTE NUEVO TRÁMITE DE CERTIFICADO ÚNICO. MUCHAS GRACIAS (Nilda, 2016). (MC)

“Es que si la junta médica dijo que no corresponde...es así lamentablemente” (Andrés, 2016). (MC).

La validez del CUD dependerá de la funcionalidad de la persona y oscilará entre 1 y 10 años dependiendo de la edad:
– de 0 a 5 años de edad hasta 5 años de vigencia
– mayores de 5 años, 10 años de vigencia como máximo (psicop, 2016). (MC).

Los administradores de los sitios web destacan los tiempos de duración y la evaluación del equipo interdisciplinario, ante expresiones diversas de los usuarios que buscan su reconocimiento desde la condición de discapacidad.

Hola, Buenas tardes! Quería hacerles una consulta. El año pasado quise tramitar el CUD y me lo denegaron, a mi me falta un ojo, tengo una prótesis y del otro veo bien. Por esto mismo me lo denegaron, por tener uno de los dos ojos sano. Entiendo que se me niegue desde el lado de los beneficios, ya que yo no necesito todos esos beneficios que se les dan a personas con problemas de movilidad más grandes, entiendo que no los necesito. Ahora por otro lado, si soy una persona discapacitada,(...)Como puedo hacer para que se me de un certificado de discapacidad, sin la necesidad de contar con los demás beneficios que no competen a mis problemas de salud? Puedo tramitar algo que certifique que soy discapacitada? [sic] (Florencia, 2016). (MC).

Hola mi nombre es Gabriel, hace 6 años me diagnosticaron con Síndrome de Marfan y me operaron del corazón, reemplazo valvular. cuando intente hacer el trámite para ver si por mi condición tenía algún

beneficio o ayuda, me dijeron que al estar ya operado del corazon era como que ya estaba bien, esto me lo dijeron los medicos que evaluaban mi caso, siendo a todo esto que por mas que ya este operado del corazon el Marfan lo voy a tener toda la vida, y voy a tener diferentes padecimientos derivado de la misma enfermedad y que a demas al tener que tomar anticoagulante y tener una valvula no puedo tener cortes ni golpes ni infecciones tambien de por vida... al darme la negativa de que no lo tomaban como discapacidad, intente hacer otro tramite en otro lado pero por incapacidad laboral el cual me lo dieron porque tengo un 70% de incapacidad y recibo una ayuda monetaria todos los meses, pero ese es el unico beneficio que tengo.. y bueno nada esa es mi experiencia con respecto a esto [sic] (Gabriel, 2016). (MC).

suerte !! ..recorda : NO es la enfermedad ... es la/ las " incapacidades " que te produce .Las cosas que te impiden llevar una vida común y corriente ...eso es lo que evalúan. Si llevas un certificado medico que diga: " padece FIBROMIALGIA " y nada masmunnnnnn..me contas que pasa" [sic] (Quiroga,2016).(MC).

El otro dia trataron en la camara de diputados el tema de la fibromialgia.AÚN ASÍ SIGUEN SIN RECONOCER LA ENFERMEDAD COMO DISCAPACITANTE??? [sic] (Carrizo, 2016). (MC).

Ya se mencionó en el apartado anterior sobre el reportaje a la directora del Servicio Nacional de Rehabilitación, pero se estima importante resaltar otro párrafo, cuando la funcionaria agrega:

La renovación de los certificados muchas veces enoja a los beneficiarios y a sus familiares, que no comprenden por qué deben volver a ver a la junta si muchas veces su discapacidad es definitiva. Sin embargo, desde el SNR explican que como el CUD ofrece cobertura integral, cualquier situación que se genere posteriormente a su obtención y a partir de la discapacidad, como una depresión, por ejemplo, debe ser contemplada por la Junta para que se incluya dentro de la cobertura y la persona pueda acceder al tratamiento (Santoro, 2014).

Sin embargo, la funcionaria se refiere solo a la renovación desde la situación dinámica de la discapacidad y no a la denegación, como otra alternativa ante su solicitud, cuando por el grado de limitación en la vida cotidiana no corresponde su otorgamiento.

Por otro lado, el gran movimiento en las redes sociales respecto a la denegación se inicia en enero del 2016, ante la aplicación de una nueva normativa en la línea de corte en las evaluaciones (SNR, 2015), que establece a

quién le corresponde el CUD y a quién no. Línea que es resistida por muchos de ellos desde esa creencia que el diagnóstico de enfermedad constituye su discapacidad, junto al carácter de cronicidad que le otorgan. Esta fijeza o cristalización identitaria se ve interpelada por los diversos factores contextuales, imprimiendo una dinámica que cuestiona aquello que parecía inmodificable.



Procesos identitarios vinculados a la certificación de la discapacidad

En términos de Abric (2001), la función identitaria de las RS, sitúa a los individuos y los grupos en el contexto social, permitiendo la construcción de una identidad social compatible con el sistema de normas y valores sociales históricamente determinados y que tiene un lugar primordial en los procesos de comparación social. Esta compatibilidad, como lo demuestra este estudio, no deja de mostrarse conflictiva en la acción de los sujetos entrevistados. La denominación de esta categoría como *procesos identitarios vinculados a la certificación de discapacidad* remite a las acciones y los procesos que desarrollan las personas en ocasión de la tramitación o no de la certificación de la discapacidad y al uso de este certificado en la vida cotidiana. Se enfatiza el aspecto dinámico sobre el carácter estático e inmutable del clásico concepto de identidad. Se observa el interjuego entre la identidad personal y la identidad social dentro de esta dinámica de los procesos identitarios, que serán analizadas como subcategorías a los fines de esta tesis.

1.8. Identidad personal: autoconcepto y autoestima vinculados al CUD

La pregunta por el nombre discapacitado fue interpelada por una PcDA en el primer grupo focal, expresando que figura la palabra discapacidad en el certificado y no discapacitado, como la tesista lo había expresado, distinguiendo como la sustantivación del adjetivo denota un disvalor.

Ahí está el tema. Yo creo -y siempre lo digo de esta manera-. Soy escritora y estudie mucho sobre las palabras, el significado y cómo las percibimos. Cuando decís que sos dis - capacitado es algo que te falta, que funciona mal. Si voy a un empresario, un discapacitado que necesita trabajo y le decís tengo una persona que necesita trabajo y una persona con discapacidad que necesita trabajo, suena diferente. Es completamente diferente. No estoy de acuerdo con la palabra discapacidad por lo que significa. No. Algo falta, algo no tiene. Habría que pensar... (GF PcDA).

En ambos grupos -PcDN y PcDA que tramitaron el CUD- es el nombre "persona con discapacidad" propuesto por la CDPD que adoptan como representación hegemónica.

El nombre estoy de acuerdo y no me afecta. Yo creo que igual lo nombremos como lo nombremos la construcción social pasa por otro

lado, no por el nombre. Pasa por el recorrido con los distintos modelos que están instalados...Y como dice la Convención es un acuerdo del colectivo llamarse persona con discapacidad. (GF PcDN).

Pero también aparecen otras expresiones y sentimientos respecto a la pregunta acerca del nombre que figura en el CUD, dando cuenta de las variaciones o modulaciones individuales de las representaciones que intervienen en los procesos de defensa y transformación de las mismas:

“Yo creo que en la medida que cada uno encuentra su lugar de pertenencia, uno se encuentra más cobijado, amparado. No sé si es solo del lenguaje”. (GF PcDN).

“Para mí es que uno está más limitado que otra persona en algo. Es fuerte la palabra discapacidad”. (GF PcDN).

“Es algo que siempre discutíamos con S... que no me importa cómo me llame en tanto que cumpla con los derechos”. (GF PcDA).

“El tema de nombre le quita el enfoque a lo más importante”. (GF PcDA).

Ese certificado no me hace a mí lo que soy, sino que lo que yo hago es lo que soy, digamos. Que el certificado me diga que soy discapacitado, no me genera la discapacidad, no me hace a mí. Si la tengo, la intento llevar lo mejor que puedo. Más allá que el certificado me diga que tengo el 90% (...). (GF PcDA).

Posteriormente, agrega: “La discapacidad no me define a mí como persona. Soy persona primero. Puedo tener más o menos suerte con tener una discapacidad. Yo ejemplifico cuando a uno lo bochan. El profesor no me bocho, yo no estudie”. (GF PcDA).

“Pensé diversidad funcional como una posibilidad. Otra palabra larga”. (GF PcDA).

“Son eufemismos para suavizar”. (GF PcDA).

“Mucha gente se quedó en capacidades diferentes. A mí me lo preguntan y yo no estoy de acuerdo. Yo no respiro bajo el agua, no vuelo, no....” (GF PcDA).

En relación al término “capacidades diferentes” en el GF PcDN, una participante comenta acerca de un video de You Tube en donde “unos pibes” tienen una frase: ‘Especiales son los sándwiches y las pizzas, retrasados son los bondis’. La participante explica: “manejan este concepto de retrasado. O sos un súper héroe, mira que puede hacer...o un retrasado que te tiran al cuartito del fondo.”

J: (...) Está el discapacitado que se pone metas superiores a lo que puede hacer una persona normal. Perdón, cuando digo persona normal que no sé cómo decir. Mi vecina, la persona con parálisis. Se tira en parapente. Si no se tiró con paracaídas pasa raspando. Y va por más, va por más ¿Qué le pasa?

Mo: ¿Qué le pasa?

J: Ella lo puede todo, lo puede todo. Me parece raro.

S1: Ese también es un modelo, el de superhéroe, también es un modelo. Así como está el modelo médico, instaurado durante muchísimo tiempo, está el modelo del superhéroe. No sé cuál será ese caso, pero lo que te falta, por un lado, lo suplís por otro. A mí me pasaba cuando era chica yo era referente por ahí, de determinados maestros que enseñaban no sé, la tabla de 4. Si S... la puede aprender, la pueden aprender todos ¿Por qué? A mí esa situación...

E: Esas comparaciones...

S1: A mí esas situaciones me hicieron que desarrollara cada vez un perfil más bajo, que hablara menos, que fuera más tímida (...) Yo no quería ser referente de nada, ni la super genia. (...). (GP PcDN).

En esta interacción el tema del superhéroe aparece como la obligación de ocupar el lugar de modelo, lugar que es vivido como una carga. También aparece en el otro grupo focal, el nombre “más capacitado”, propuesto por la misma participante que interpela el nombre “dis-capacitado”.

Igualmente. Si tengo que definir a los que conozco, los defino como más capacitados y sin ninguna modestia. Ninguna modestia. Lo que nosotros hacemos en una sociedad que presenta barreras a cada paso no lo hace cualquiera, pero no porque... porque no se les presenta. Si se les presentara también lo va a hacer. Todo el mundo, pero que desarrollamos nosotros más capacidades por una necesidad, no porque nos guste desarrollarlo (risas). Esa sería la definición: más capacitados³⁷. (GF PcDA).

Esta definición adquiere un significado de desafío, desde una posición subjetiva de afirmación y autoconfianza del sí mismo ante los obstáculos que deben afrontar cotidianamente.

Una de las entrevistadas dice que tiene: “Trisomía 9 y otros diagnósticos más”. Que alguien también le dijo que se llamaba Síndrome de Rethoré, pero que no le da bolilla. Siempre se presenta como “Trisomía 9”. Agrega: “Con o sin CUD, soy la misma persona. Mi patología no cambia ni yo cambio”. (E PcDN).

C. expresa que se dio cuenta que era importante tramitar la certificación después de un largo trabajo terapéutico y que, desde ese recorrido, comprende aquellos que no lo han podido hacer:

Por ejemplo, me convocan a una votación y mostrar la certificación es un amparo super importante. Lo hice después de ocho años de terapia. Yo lo resignifiqué y entiendo a aquellos que no lo quieren sacar. Hay que ver que están transitando. (E PcDN).

J: En realidad los sinónimos impedido, limitado...

E: Tal vez, cuesta aceptar la palabra. Es fuerte.

J: Pero si pusieras impedido también es fuerte. O limitado, también es fuerte. Y lisiado también.

E: Lisiado es peor.

J: Es fuerte para las personas que no están acostumbradas, a nosotros... Hay algunos que les debe chocar.

C1: De hecho, las personas sordas dicen que no son discapacitadas, pero... tienen el certificado (risa)

M1: Me es muy fuerte (quien lo expresa está certificada con discapacidad intelectual)

Mo: ¿Te generó un problema decir tengo esta discapacidad?

M1: Yo nací como síndrome de Down. Yo había nacido así. De nacimiento (...) Tengo esa discapacidad... Es algo muy fuerte, difícil de superar. Con el tema de discapacidad, yo siempre digo estoy orgullosa de mí misma. (...)

C1: Es como una identidad.

M1: Discriminación con personas Síndrome de Down, con discapacidad. La discriminan y le dicen muchas cosas.... Esa mirada con la discapacidad. No tengo que discriminar. Discriminación, *bullying*. O alguien quien te empieza a atacar, criticar, burlar por tu discapacidad (...) Uno tiene derechos y obligaciones. Aunque digan los demás y aunque tomen lo negativo de la persona (...)

S1: Yo creo que en la medida que cada uno encuentra su lugar de pertenencia, uno se encuentra más cobijado, amparado. No sé si es solo del lenguaje (...) Estas adentro, pero al mismo tiempo... Por eso

insisto mucho con el constructo social, en hacer una propuesta holística, en el foco en la persona. Planificación centrada en la persona. Para mí tiene que ver con eso. Cuanta más información haya, la discapacidad va a ser aceptada más comúnmente...No tiene por qué ser una cosa atroz, que te vino de arriba o contagioso (...). (GF PcDN).

Ya se ha observado respecto a las PcDN (C) la respuesta ambivalente a la pregunta del autoconcepto y la certificación de discapacidad, en donde algunos participantes expresan que no influía, pero luego fundamentan “desprestigio personal” y que “suena fuerte”. Coincidentemente, dos de las participantes de este grupo focal manifestaron que el tema del nombre discapacidad (mental e intelectual respectivamente) resultó para ambas “muy fuerte”, manifestando un sentimiento de rechazo o de cierta “auto estigmatización”, posiblemente basada en la experiencia en circuitos segregados de atención. Consecuentemente, una de ellas, persona con Síndrome de Down, explica la discriminación dando cuenta primero de la mirada, y luego de una serie de conductas que acompañan “esa mirada”. Esta definición descriptiva de la discriminación- tan acertada como experimentada por parte de M.- impacto en el grupo, la entrevistadora y el observador no participante; si bien suavizada por el sentimiento de orgullo de ser PcD.

Por otro lado, otra PcDN refiere:

Es el sello de que sos discapacitado y nada más (...) Cuando las personas de baja estatura se preguntan por tramitar el CUD, les digo que parece representar todo lo que no podés hacer. Parecería que refuerza la idea de lo que no podés, como un sello de lo que no podés. No son ajenas las RS. (E).

Pero la diversidad de las experiencias de discapacidad –en este caso de nacimiento- se encuentra también expresada en el relato de este otro participante:

J: ¿Y vos que discapacidad tenés? Entonces, ahí viene el tema de la explicación. Mira esto es una atrofia braquial. Bueno, esto quizás de chico lo sufrí y me acostumbré y me determinó mi profesión. Gracias a Dios me salió bien, podía haberme salido mal. Viene con una serie de explicaciones (...) Si vos sos discapacitado, lo sos por más trámites que haga. (GF PcDN).

Posteriormente, el mismo participante comenta una situación con su primo que sufrió un accidente y que no quiere tramitar el certificado en otro país.

J: Me quede enganchado con algo que dijiste vos S... sobre las personas que no quieren reconocer su discapacidad. Tengo un primo común con M... Él está en España. Tuvo un accidente con la moto. Hablamos por teléfono. Y le digo: ¿Vos podrías tramitar el certificado de discapacidad? El quedo con una secuela. “No, yo no soy discapacitado”. “Pero Negro, no te estoy diciendo nada malo. Tenés una dificultad para trasladarte”. “No, ni en p...”. Yo me quedé. Como hay personas que lo aceptan y otras personas que no lo aceptan... (GF PcDN).

En tal sentido, otra participante del mismo grupo busca distinguir entre las limitaciones de la condición humana y las de la condición de discapacidad, ante la frase de otra integrante “todos somos todos”, reafirmando los derechos de las PcD.

C1: Es cierto que todos tenemos limitaciones, pero no tenemos que confundir las limitaciones con la discapacidad (...) Porque si no, digamos, que caemos en el peligro de que todos tenemos discapacidad. Después estamos anulando todos los derechos que nos corresponden como colectivo.
S1: Todos somos todo...
C1: Es cierto, que todos tenemos ciertas cuestiones que no podemos hacer. La realidad que el acceso a la información o algún lugar determinado o algo indica justamente que el medio no está preparado. No, tiene que ver con las limitaciones que estamos hablando, de que todos tenemos dificultades. (GF PcDN).

En similar sentido, un grupo de personas con deficiencias adquiridas, con diversa condición de salud, que no tienen el certificado de discapacidad, contestaron que sí afectaría el autoconcepto, fundamentándolo del siguiente modo: “invalidaría mi forma de valorarme”, “condiciona más que dar un privilegio”, “sin tener necesidad”, “impacta el nombre para él y el grupo familiar”. El último, que conlleva una reflexión bajo las dos miradas acerca de “el que soy” y “el que no soy”: “creo que me agregaría un problema. Me victimizaría y eso me resta fuerza, no me suma. No obstante, considero que, si para alguien el certificado lo

habilita a algo que cree que, si no, no podría, lo veo beneficioso". Por el contrario, otras contestaron que no influía en el autoconcepto y fundamentaron su respuesta mayoritariamente desde el derecho, una de ellas diferenciando que: "si tenés discapacidad es un derecho, ahora si tenés una enfermedad no corresponde tramitarlo". También otras personas de este grupo refirieron que "se pone en cuestionamiento a aquellos que están bien" o que "por una pequeña deficiencia lo tramitan". (C).

En una entrevista con M., con vehemencia, expresa quien es una persona con discapacidad:

M: Sigo pensando que hay personas que te dicen sos discapacitada. Yo no soy discapacitada, yo soy persona con discapacidad. Cuando llegas a un nivel de tu vida a sobreponerte a vos misma y a todos los demás que te cuadran... Yo puedo a partir de mis limitaciones hacer un montón de cosas y ser útil. El contexto es algo más que la accesibilidad. Vos tenés que encuádrate como discapacitada, entraste a este trabajo como discapacitada. No valoran las posibilidades. A veces por falta de conocimiento, o para cuidarte. Muchos de nosotros, psicóloga, no queremos hablar de nuestras limitaciones. Tengo que ir a una Junta médica. Sí, bueno, tengo un tumor en la cabeza...Quiero que me vean que puedo pensar, que puedo hacer. No ser más que otro. Corremos una carrera que de entrada sabemos que es desapareja, en la universidad, en el trabajo. Tenés que saber que vas a ser medido con la vara, que te van a medir con la vara de la normalidad. (E PcDA).

Continúa reafirmando la mirada del otro dentro de un lugar significativo respecto a las definiciones de uno mismo.

M: Hay una mirada del otro clara. Vos podés tener la mirada, la mejor predisposición, la actitud más positiva pero la mirada del otro... A veces, te hacen definir en función del otro. No es casualidad que uno intente mimetizarse En el caso mío, me estaba por poner un lente celeste para tapar el ojo blanco. Cuando uno trata de mimetizarse con lo normal se siente no más seguro, más cubierto. En el reino de los ciegos, el tuerto es rey para no sentirse discriminado (...) La normalidad es algo que sentís vos, sino el contexto es el que te va discapacitando...En función de vos misma, en tanto que te podés mimetizar. Soy una reina, pero bajo la lupa [clara referencia a la condición de discapacidad certificada]. A veces es necesario Es el contexto... ["¿Y cuánto de lo que vos sentís?", pregunta la tesista]. Me parece que vos sos un todo... La normalidad me parece que existe y que a veces son necesarias las discriminaciones. Si yo me quedo con la mirada del otro, no crezco... Y quedarte atrapada en la mirada del otro, no me interesa. (E PcDA).

Aún a costa de la mimetización, M. busca trascender la mirada normalizadora -y hasta opresiva- del otro. Este esfuerzo alcanza su recompensa para esta “reina bajo la lupa”, frase que sintetiza una imagen positiva de sí misma, sin desconocer la situación de examen a la que se expone cada vez que es evaluada.

De similar modo, P. comparte su trayectoria vital entre negaciones y aceptaciones desde su experiencia corporal con la discapacidad que la acercan a una comprensión que motiva su certificación siendo adulta.

P: La tengo [se refiere a la enfermedad] desde muy chica, un año y 4 meses, pero lo tramité cuando me separé [hace once años, tiene hoy 55 años] para cubrir botas ortopédicas y el libre estacionamiento. (...) Mi mamá nunca me hablaba del tema y me decía: “tenés que poder todo” y por mucho tiempo no encontré los límites. Mirá que tuve siete operaciones y ella siempre esperaba que engordaría la pierna y caminaría. En cambio, mi viejo, todo lo contrario. Él decía: “tengo una hija discapacitada”. Hasta ahora mantiene eso. Hace poco me presento a su nueva novia, que cuando me vio dijo: “pero vos no tenés discapacidad”. (E PcDA).

Comenta una experiencia con su hija, cuando tenía cinco años, que, al regresar un día del Jardín, le dice: “sos una renga”. Ahí ella le explica que ella trabaja, maneja, nada, etc. Entonces su hija le contesta: “madres gordas hay muchas, pero renga una sola”. Respecto al momento que tramita la certificación, contesta que, en ese momento, se había separado y no tenía suficientes ingresos para comprar botas ortopédicas. Agrega: Mi ex se va con una mina y yo me pongo re triste. Entendía que la causa de la separación era por mi discapacidad. Un día los vi a los dos y vi que ella usaba minifalda”. (E PcDA).

Ante la pregunta acerca del autoconcepto, muchas de las PcDA refieren la distinción entre discapacidades visibles y no visibles, y el modo en cómo la certificación facilitó su presentación como PcD que no se observaba a simple vista. En el intercambio del grupo focal de PcDeA, circulan similares definiciones a la de los otros grupos, pero fundamentalmente a partir de experiencias familiares, de amistad o profesionales y con cierta distancia respecto de ellos mismos.

L2: Capacidades diferentes.

M3: Una vez fui a la casa de un compañero: "che, les aclaro que mi hijo el mogólico...". "Pero no digas así, no hables de ese modo". le dijimos. "¿Qué querés que te diga? ¿Qué es discapacitado?". Cuando lo vimos al chico y nos ponemos hablar: "ustedes que son Veteranos", y nos dijo: "yo soy un mogólico". Lo tenía asumido.

Mo: Se presentaba así.

M3: Dijo que el psiquiatra, el médico, le dijo no le busquen vuelta.

M4: Es Down.

Mo: Es el nombre de una enfermedad.

M3: A mí me pego en el hígado decirlo así

M4: Lo mismo que diga este es un chico Chron, diga este es un cagón (risas). Esto de discapacidad (...). A veces hay que llamar por su nombre, es necesario decirlo por su nombre, para que lo entiendan (...) La mamá tuvo que asumir. A veces hay que decir por su nombre sin descalificar, como decir mogólico ¿Cómo nombras todo junto? Discapacitado está bastante bien.

Mo: Yo también, en un desliz, dije discapacitado, adjetivando y no dije persona con discapacidad.

M4: A eso me gusto más.

Mo: Personas con sordera...

L2: O capacidades diferentes. Los que no tenemos discapacidad también tenemos capacidades diferentes. Está muy bueno eso de persona.

C2: Discapacitado no me suena mal...

Mo: ¿No afecta en la manera de valorarse, de percibirse?

M3: Yo tengo una discapacidad. Aquel muchacho es discapacitado. No me resulta ofensivo ni discriminador.

M4: Me parece que suena real. Creo que la persona que saca el certificado y está en esa condición, sería óptimo que hiciera todo un proceso para poder arribar al certificado, integrar el certificado a su vida. Y decir: "Yo soy una persona con discapacidad" y llevarlo bien.

L2: Debe empezar por la familia. Porque quien hizo el trámite fue la familia (...)

P: Yo me acuerdo En el caso de Lu..., no lo quería tramitar no quería que su hijo quedara marcado de por vida.

M3: Por vergüenza, digamos.

P: Por vergüenza (...)

L2: Me contaron un caso, de una familia que no quería que tuviera el certificado la discapacidad porque creían, y estaban convencidos, que la discapacidad que tenía su hija, que no me acuerdo cual era...

P: ¿Era pasajera?

L2: No pasajera, sino que ella la debía superar, moviéndose y manejándose como cualquier persona, como si no tuviera discapacidad.

M3: Hacete cargo. Vos tenés este problema.

L2: Como si no la invalidara para poder vivir. Pero creo en el fondo, siempre es lo mismo. No aceptar que se es diferente... (GF PcDeA).

Por otro lado, entre esas referencias a esos “otros” (vecinos, pacientes, amigos) desde el nombre tanto de la enfermedad como el de discapacitado, uno de ellos destaca que “no es ofensivo ni discriminador”. Por otro lado, otra participante agrega que “a veces hay que llamar por su nombre, es necesario decirlas por su nombre, para que lo entiendan” y que llegar al certificado implica un proceso para integrarlo a la vida.

En el mismo grupo, se continúa debatiendo:

M4: A mí me parece que no siempre tener una enfermedad es tener una discapacidad. Por eso tampoco tendría sentido la tramitación del certificado.
L2: ¿Vos crees que tramitar el certificado es para marcar que tenés una enfermedad?
M3: No.
M4: No, justamente. No siempre. A ver si yo entendí bien la pregunta...
Mo: La pregunta fue ¿Porque las personas con distintas enfermedades o diagnósticos no tramitarían un certificado de discapacidad?
M4: No siempre una enfermedad implica una discapacidad. A ver. Una enfermedad implica siempre un cambio de vida. Implica siempre una angustia. Implica siempre ajustes. Implica siempre tomar conciencia. Implica siempre cuidarse, controles. Pero no siempre, necesariamente, es vivido por la persona como discapacidad. A veces, sí. Una enfermedad evolutiva que te va limitando. A veces sí, a veces no. ...Yo conozco gente que tramitó el certificado de discapacidad, por ejemplo, por una mastectomía. Luego fue a un cirujano plástico. Le pusieron otra lola. Quedó divina. Y no pasa nada ¡Qué linda que estás!
L2: Los beneficios, porque obtiene beneficios... Buscan eso.
M4: Tuvo una enfermedad muy seria. La curó, la resolvió. Debido a eso tuvo la posibilidad de operarse gratis. Lo cual es bárbaro. Pudo elegir quedar mejor ¿Porque tiene certificado de discapacidad?
L2: Porque le permite tener estacionamiento en la puerta.
M4: Yo te doy la razón de por qué no...
M3: La idea de cada uno.
C2: Creo que, por la vergüenza, la estigmatización. Es lo que pasa al menos en el Instituto... (GF PcDeA).

Posteriormente, luego de intercambiar opiniones acerca del nombre que figura en el certificado, se generan otras distinciones entre la enfermedad y la discapacidad de las cuales ya se había hablado, pero que reafirma la decisión de no tramitar el certificado.

M3: Y se ha vuelto una especie de negocio...

C2: Obviamente...

M3: (...) De hecho, en Morón hay un caso muy particular con una psiquiatra que hacia certificados de discapacidad a Veteranos por un costo (...) se presentaban (...) y salían con su.... De hecho, yo tengo una discapacidad que capaz que no se nota, pero la tengo. Cuando llegué al lugar y vi lo que había, dije no puedo ser tan caradura como para sacar el certificado y me voy. Y no lo saqué nunca. Sé de gente que no tiene absolutamente nada y lo paga si es necesario, para poder tener esas ventajas y beneficios (...). (GF PcDeA).

Dentro de estas transacciones y transformaciones posibles para responder a contextos específicos, emerge el tema de la simulación. En el GF PcDeA, la simulación aparece justificada en la “voracidad social”, pudiendo devenir en un trastorno que afecta la identidad. Parecería que la presencia de los VGM facilita la emergencia de este significado dado que el tema de las certificaciones³⁸, es un tema relevante en esta comunidad en términos de reconocimiento, que excede el problema de salud.

M3: Yo tengo un Veterano que está muy bien económicamente. Y que otro Veterano lo pinchó tanto -el otro, criado en la calle y sinvergüenza- que hizo un certificado trucho. Y se presentó. Yo estaba sentado ahí. Y veía la gente y me daba una vergüenza. Pero este boludo, jodió tanto que fui. Me dio una vergüenza. No me llamaban, no me llamaban y veía que los tipos me miraban, me miraban. Y me dijeron: “Esto es trucho” (risas)

L2: ¡Que fantástico!

M3: Pase una vergüenza por hacerle caso al imbécil este. Y le dije: ¿con qué necesidad vos? Cuando viste la gente con los problemas que llega ahí ¿Por qué te quedaste? Y porque este me acompañó y estaba en la puerta, pero me parece que no lo conocían. Y cuando me vieron a mí me empezaron a marcar, marcar. Y me llamaron y dijeron: “señor, este es trucho”. Le dieron la posibilidad de irse. “Si Ud. insiste, le vamos a dar intervención en la policía”. Le agradezco y me voy. Se fue el tipo. Mira vos, al nivel que se llega. De esos hay montones...

L2: Es muy fácil echarle la culpa al otro que te convenció. Si vos no tenés participación... Nadie te puso un revolver en la cabeza, vos te quisiste quedar ver si podías obtener un beneficio.

M4: Uno lo hace en función de las decisiones personales, sino uno es un discapacitado a ese nivel.

C2: Muchas veces, uno se siente con vergüenza ajena. Muchas veces lo he conversado con [nombre de la entrevistadora].... Vergüenza ajena. Porque, por un lado, a veces pasamos a ser unos vivos bárbaros, que lo jodimos al médico. Yo tengo un compañero que, por esa pillada, por esa viveza (abogado, un tipo muy bien plantado)

empezó a decaer, porque jodiendo al médico: “¿No lo tendré en serio? ¿Lo jodí realmente al médico? ¿Será verdad? ¿Yo joderlo al médico?”
Mo: Simulación...
M4: Reconstruyó su identidad.
C2: La destruyó.
L2: Esto que decís vos, no parecer el tonto del grupo. Y los otros, piolas.
C2: El ambiente, la condición. A mi da vergüenza ajena. Yo lo hablé muchas veces con [nombre de la entrevistadora]... Yo no lo sacaría, no porque no lo necesite más o menos que otros. Hay tipos, que como bien apuntaste hoy, la miraron por televisión y son los grandes discapacitados, sacan el auto, lo compran el auto a menos precio, porque la utilizan para eso.
L2: Para otros beneficios... Por ejemplo, esa persona que se deja tentar... Yo me tenté porque me lo dijo, como contaste vos, si se pusiera a pensar ante quien: “¿quién es esa otra persona? ¿Qué representa para él, que tiene que demostrar que es un vivo, que no es un tonto? ¿Por qué siente que tiene que demostrar a esa persona? ¿Qué significará esa persona?”
P: Uno mismo.
M3: La sociedad tan materialista que donde podemos sacar una ventaja piden algo, algo más. Pasa con los Veteranos. Pasa con los muchachos. Yo les digo: “¿Hasta cuándo van a pedir, viejo?”. Quieren algo más. Son insaciables. Pero depende de la persona, por supuesto.
P: Cada uno habla desde lo que conoce desde su ambiente los veteranos, los discapacitados...
M3: De su ambiente...
P: Yo creo que la insaciabilidad les pasa a todos.
M3: Seguro
P: Con los veteranos, con los discapacitados, con...
L2: O no...
P: Con todo el mundo. Yo vuelvo a decir, creo tiene que ver con los valores. Como sociedad, como persona que vos vas caminas por la calle y no te involucrás con el otro. Solo mirás tu ombligo. Esto que vos decías: ¿Qué le pasa con el otro? Lo que vos decís, uno no quiere sentirse un boludo, uno quiere sentirse...
L2: Por eso... Suponte que te tiene a vos de ese lado que le estás diciendo. Hay uno que te dice, adónde estas, que estás bien, no lo necesitás. Pero él prefiere...
P: Porque a veces crees en el camino más corto. Y ahí vamos a nosotros como... Te pasa al sacar una entrada. Si sos vivo y te podés colar y sacar ventaja. Así estamos como sociedad y no avanzamos (...). (GF PcDN).

Aparecen esos otros –que no llegan a ser “nos-otros”- que develan una conducta que desaprueban. Nuevamente, insiste el tema de lo ético, de lo moral en este grupo. Así como ya se ha hecho referencia a la simulación en los

procesos identitarios, a partir del intercambio de este grupo, esta insistencia entre las cuestiones éticas y morales conduce a los aportes de Goffman (1959) acerca de las distinciones entre la actuación honesta y la actuación falsa con diversos propósitos, junto a la preocupación de los actores –los participantes del grupo– de mantener la impresión que cumplen con las reglas mientras que existen otros que no las cumplen. En este grupo, persiste la tensión entre los sentimientos de vergüenza y los condicionamientos del medio con la posibilidad de asumirse o no como PcD. Capacidad de decisión que se pone en juego y que la mayoría destaca.

Otra entrevistada, quien atravesó y atraviesa diversos problemas en las funciones y/o estructuras corporales desde hace 26 años, acepta contestar ambos cuestionarios en su doble carácter de PS y PcDeA. Es significativo que, al completar tipo de discapacidad consigna la visual (la más leve, aunque refiere que se está agravando), y luego va recordando “otras”, junto a la visceral que presenta, luego de su último parto. También las secuelas del traumatismo por accidente automovilístico que limitó su movilidad. Comenta que, en una última entrevista con un médico iriólogo, este le preguntaba si había tenido un traumatismo o enfermedades previas y ella le contestó que no. Hasta que recordó el accidente automovilístico que atravesó hace dos años. “Hasta me olvidé que me sacaron los ovarios”, agrega. Desde su disciplina se autodiagnostica: “es una disposición renegatoria para seguir operando”. Agrega que eso no la limita para el cuidado de su salud con las consultas que sean necesarias, pero no la victimiza, que es una posición que le restaría fuerza y no le sumaría (E). De tal modo, para algunos, es un lugar impensado, por más enfermedades que hayan atravesado o atravesen. Tal es el caso de una persona que padeció polio a los dos años de edad, pero nunca tramitó el CUD: “uno se veía feo por haber atravesado esto, hasta que me sentí mirado en la adolescencia.” A los 30 años, empieza su carrera de modelo (de niño había sido modelo de madre costurera), pero dice que nunca podrá olvidar el día que calzó “el talle patrón”-es decir, el día en que las medidas de su cuerpo coincidieron con las proporciones ideales de la prenda.

El Homo Cuadratus de Da Vinci. De allí viene. Por eso, no tenían que tocar nada de nada a los trajes [Se recuerda caminando por las

pasarelas] Nunca deje de ser yo, con ese don de gente y mi mirada confiable. Nunca perdí la esencia. (E PcDeA).

R: (...) una progresiva conciencia de mi identidad. Esto está asociado a algo que pienso hace mucho. Concretamente yo no soy discapacitado, soy una persona con discapacidad, pero, pero a los fines prácticos para una sociedad con muchos prejuicios, pero muy desarrollada en lo que hace al conocimiento de los derechos, es más fácil asumirme como discapacitado (...) Implican no poder obviar, debería hacerse consciente la propia limitación y los propios derechos. En ese sentido, es el certificado, creo que es la oportunidad para asumir un aspecto de la propia identidad. Eso es totalmente valioso. Mucho más a nivel internacional que acá. (...) El orgullo. Yo creo que complementa mi identidad. Yo sé que, llegado el caso, representa mi derecho (...) Si a nivel internacional es persona con discapacidad y eso te da oportunidad, déjate de joder. A mucha honra ¿Entendés? Los prejuicios siguen igual, con o sin certificado. Antes había otros nombres: minusválido, lisiado. Yo hice rehabilitación en el Servicio Nacional de Rehabilitación del Lisiado en los años 60 y no había problemas ¡Qué tanta historia! Ahora lisiado no, discapacitado. Discapacitado no, yo soy persona con discapacidad. Lo que quieras, pa' el caso, tengo problemas. Es lo que está legislado. Que sea así. (E IC).

En el marco de la entrevista, el IC distingue la tramitación del certificado como la oportunidad de asumir un aspecto de su identidad, con sentimiento de orgullo. “Derecho a partir de la limitación”, al igual que muchos de los participantes del GF PcDA, reafirmando la nominación desde el marco legal.

Al finalizar de completar el cuestionario, una profesional psicopedagoga, expresa: “estoy cada vez más en contra de los diagnósticos de DSM-IV y CIE -10 porque afecta mucho el autoconcepto. La gente se presenta: ‘yo no soy Juan, soy un bipolar’. Condiciona la vida” (E). Es interesante lo que aporta esta profesional, ya que, en esta investigación, se encuentran personas que se presentan desde su diagnóstico o profesionales que refieren acerca de estos modos de presentarse: “Postpolio”, “Síndrome de Down” o “Asperger recién diagnosticado”, entre otros.

Una profesional asistente social afirma: “para mí no cambia el status de una persona ni su autoconcepto porque tenga discapacidad, pensando siempre la discapacidad en situación.” (E).

Cuatro de los profesionales de la salud opinaron en el cuestionario que el CUD influía en el autoconcepto, pero desde una mirada positiva. Fundamentaron su respuesta: “la apropiación de derechos”, “el acceso a beneficios” y “la inclusión”, como factores que influían en el autoconcepto. Cabe destacar entre estas respuestas la de un profesional psicólogo, quien expresa: “en muchos casos, el certificado da lugar a personas que no terminan de encontrar el suyo. Ante un ‘no-lugar’ elijo un lugar”. Así como otra profesional psicóloga opina que el CUD “no hace lugar”; marcando una cuestión contraria a la expresada por el anterior profesional. (C).

M6: Después otro caso concreto que nos puede ayudar a pensar. Otra situación concreta. Un chico que tiene una enfermedad que se llama Corea de Huntington. Degenerativa. Se murieron dos de seis hermanos por la enfermedad. Todos la tienen. Este es el menor. No está tan agravado con los ataques de epilepsia, lo tiene más controlado. Pero el chico no quería la certificación, pero se quedaba sin afiliación ¿Y qué le pasa? Se queda sin afiliación. No le queda otra que sacar el certificado para ser afiliado a P... y así acceder a las prestaciones. “Yo no lo quería sacar”, me dijo. “No lo muestres. Si no lo mostrás, nadie se da cuenta” (...). (GF PS).

El “dilema de la diferencia” no solo se expresa en las PcD sino también desde las prácticas profesionales. En este caso, es la profesional quien le “muestra” la alternativa que toda herramienta posee, de ser exhibida cuando sea necesario. Los profesionales de la salud también intercambian opiniones acerca del rol que ellos desempeñan en esta tramitación y si la misma podía afectar el autoconcepto de las PcDe.

M5: El rol importante de los agentes de salud. Me parece que la sociedad no existe como abstracta.
A1: Vos sos sociedad representante. Uno es un representante potente de la sociedad. Lo habilita o lo cierra.
M5: No creo que vas por la vida... La sociedad los estigmatiza...
S4: ¿Hay muchos casos de denegación?
Mo: Sí... Más ahora con cambios de criterio
M4: Porque claro...
Mo: De acuerdo al tipo de atención que tengan con ese paciente, pueden volver y decir: “me lo denegaron”.
A1: Sí, incide en el autoconcepto...
M7: ¿Se puede replantear?
Mo: Tiene 6 meses para volver.

A1: Lo primero que hay que ver si tiene capacidad de autoconcepto. Digo craneoencefálico. Un autista o un TGD severo, si no tiene capacidad de autoconcepto, seguro que no le va a incidir. Habría que tomar un otro elemento, el concepto que genera, que repercute en la madre e hijo...

Mo: Pensando en los niños, ¿y pensando en las personas adultas?

A1: Empezó desde niño...

Mo: Estas pensando personas con deficiencias de nacimiento

A1: Después siempre incide. En algunos, no negativamente. Si se pelean con el certificado es como DNI. Se juegan DNI. Mucho más DNI que mí, que lo pierdo y me hincha tener que hacer la cola. Ahí es parte de su identidad. La hacen valer como herramienta de identidad.

Mo: Ahí juega en el autoconcepto.

A1: Incorporado positivamente. Y en otro negativamente, seguramente. Lo lleva como una carga...

S4: Miren lo que me pasó con los "Asperger recientemente diagnosticados" (muchas risas). Ahora soy Asperger. Lo dicen con alivio. Ahora sé quién soy, sé que me pasa. (...)

M5: También cuando uno tiene un malestar y hasta que al fin te dan el nombre de lo que tenés.

M6: ¡Qué loco!

A1: Yo tenía un paciente. Yo decía que no era... Aunque tenía unos rasgos Y chateaba. Cuando se planteó este tema, que podía enunciarlo como identidad. Tienen este tema de la transición. Para afuera son muy, para adentro no son tal. Ese juego. Tienen una capacidad cognitiva importante, la pueden jugar.

S4: Ahora también hay otro movimiento con "los Postpolio", qué pasa con los que tuvieron polio (...) Soy respetuosa en eso. Desde que lugar uno va a juzgar... Algo está pasando ahí...

Mo: Algo está pasando ahí ¿Alguna cosa más?

A2: Creo que eso que decíamos gente que ingresa a la discapacidad en un momento de plenitud -esa palabra plenitud-. Momento de plenitud. Me parece que esta es como una marca en el proceso de transición. El momento que el certificado de discapacidad es como una bisagra para comenzar a estar mejor. Aunque sea el estar mejor, no sé si es la rehabilitación, la funcionalidad o la aceptación. Ahí, ahí empieza un camino para arriba. Hasta ahí era para abajo, de enterarse, de saber, de asumirlo. El certificado en el algún punto certifica lo que existe. Es un poco lo que vos decís. Un momento bisagra a favor, en general.

M5: Un abre puertas.

A2: Hay casos que no, que vienen en picada, siguen en picada, muy depresiva y no hay aceptación de la situación. Pero en general, lo veo como un momento bisagra. (GF PS).

Es interesante destacar en esta interacción, y como ya se ha mencionado, que se observó cierta ambivalencia en la respuesta de los profesionales de la salud en los cuestionarios respecto a la influencia en el

autoconcepto. Ya sea, desde la fundamentación a dicha respuesta, como desde las barreras que posteriormente expresan, tales como la estigmatización, la etiquetación, la rotulación, la nominación, el prejuicio y la discriminación a la que el sujeto está expuesto con la certificación de su condición de discapacidad, a la cual ellos derivan. Consecuentemente, la mayoría asoció la estigmatización con las barreras psicológicas, bajo autoconcepto y autoestima. Por otro lado, se observa una cierta ambivalencia en otros profesionales que dicen que no influye en el autoconcepto, pero mencionan como barrera que “el certificado clausura, rotula dejando de lado toda la subjetividad de la persona” o comentan que “sugerí que lo reconsideraran porque quedaba como discapacitado y estaba en plena actividad laboral”. (C).

Ante la pregunta del autoconcepto otra entrevistada, profesional de la salud (psicóloga) y PcDN, responde con un caso de su práctica profesional. Una persona con trastorno bipolar a la que “le llevo trabajo la aceptación de la certificación de su problema para que no lo considerará como una barrera para conseguir empleo”. (E).

Más allá de la visibilidad e invisibilidad de las deficiencias, surge nuevamente el tema de la simulación por parte de uno de los profesionales de salud, pero bajo otro aspecto. (C). El plantea que no afecta el autoconcepto en términos personales, pero si sociales. Ante el pedido de aclaración responde:

En el sentido de conductas discriminatorias que el contexto produce. Una de las líneas que yo trabajo en la Administración, suele ser trabajado por la Gerencia de Recursos Humanos. Estoy en contra de esto y creo que debe ser trabajado por el área social. Fíjate están aquellos que trabajan con problemas de salud, ¿cómo lo llamás vos, condición de salud?, que no tramitan el certificado de discapacidad. Una gran cantidad de personas oculta su condición de salud. Estas personas terminan fabricando respuestas y modos de sobrevivir sin enunciar su condición. (E).

Se devela otro aspecto de la simulación: la disimulación, como la estrategia que utilizarían ciertas PcDe en su contexto laboral para ocultar su problema de salud, ante la amenaza percibida de que podrían ser discriminados al obtener su certificación de discapacidad. Amenaza que opera como barrera y

que se ejemplifica en algunas comunicaciones de los usuarios de las redes sociales, como se ejemplifica en el próximo apartado.

Por otro lado, en los mensajes de los sitios web, los usuarios esencializan la enfermedad o la discapacidad. Aparece el “Yo soy...”, como una “sustancia o rasgo poseído”.

Soy diabético insulino dependiente hace 41 años. (...) A dónde puedo dirigirme a que me evalúen nuevamente ? Gracias”. [sic] (Javier, 2015) (MC).

(...) “al final es tan contradictorio que hasta psicológicamente me siento mal, puesto que ya no se si soy o no discapacitado, aunque si me sienta como tal”... [sic] (Diego, 2016). (MC).

(...) “soy discapacitada y tengo el certificado y el pase correspondiente. Desde ya muchas gracias” (Ema, 2016). (MC).

(...) Ahora por otro lado, si soy una persona discapacitada (...) Como puedo hacer para que se me de un certificado de discapacidad, sin la necesidad de contar con los demás beneficios que no competen a mis problemas de salud? Puedo tramitar algo que certifique que soy discapacitada? [sic] (Florencia, 2016). (MC).

Se observa una diferencia entre estos modos de apropiación de la condición de discapacidad como un aspecto de la identidad, entre el “ser o no discapacitado” al “ser o tener una discapacidad”. Hecho que da cuenta de las dificultades para aceptar la denegación de esta condición, más allá del grado de limitación que presente en la actualidad.

Identidad social

Se adopta la definición propuesta por Tajfel (1981), quien propone que “el autoconcepto de un individuo está conformado por su identidad social” (p. 255). De tal modo, que este concepto comprende tres dimensiones: cognitiva (conocimiento que posee una persona sobre su pertenencia a un grupo o autocategorización), evaluativa (valor positivo o negativo vinculado a la pertenencia grupal o autoestima grupal) y emocional (sentido de implicación emocional con el grupo o compromiso afectivo).

Como se ha mencionado anteriormente, en el campo se encontraron autocategorizaciones sociales bajo el nombre del diagnóstico médico (Síndrome de Down, PC o Parálítico Cerebral, entre otros) provenientes del modelo médico, que es tan resistido por algunos movimientos de PcD (C). Por otro lado, se identifican otras que recrean el diagnóstico médico bajo un eje temporal como es el caso de “los Postpolio” o “los Asperger recién diagnosticados”. Autocategorizaciones sociales que parten tanto de aquellos que pertenecen a una asociación formal bajo ese nombre, como aquellos que se encuentran vinculados por una asociación informal que establecen por medio de las redes sociales, algunas más conocidas y otras no tanto, pero que comienzan a visibilizarse cada vez más.

En ambos grupos, se destaca la información transmitida por los pares para diversas tramitaciones, entre ellas la de la certificación, pero se observa que cobra otra relevancia en aquellas PcDN en el crecimiento y desarrollo donde el par acompaña el proceso de socialización.

“Hoy por hoy sí, por la falta de acceso a la información. En realidad, una de las grandes fuentes de información es estar en contacto con un colectivo que vive tu misma vulnerabilidad”. (GF PcDN).

“Te sirve el vínculo porque estás con alguien que tiene algo similar. Por ahí, te tiran algún *tip*”. (GF PcDN).

“Una cosa la que te dicen los profesionales y otra la que se va resolviendo con información que circula por medio de pares” (...). (GF PcDN).

Sí, sí. A mí en su momento me sirvió de mucho relacionarme con esta biblioteca para ciegos para ponerme en autos desde lo personal porque todo lo tercerizaba con mi tutora. Sí, sí. Absolutamente. Luego otras personas que tenían enanismo también pueden acceder a otra información, cosas prácticas de lo cotidiano... que hiciste para afrontar tal o cual situación. Cepillarte los dientes y verte en el espejo, poniendo un banquito. (GF PcDN).

“Yo creo que influye en el sentido de información. A mi constantemente me preguntan cómo hago. Yo le paso páginas. Uno es en Provincia, otro en Capital”. (GF PcDA).

“Yo creo que en la medida que cada uno encuentra su lugar de pertenencia, uno se encuentra más cobijado, amparado. No sé si es solo del lenguaje”. (GF PcDA).

También hacen referencia a un sentimiento de esperanza, basándose en que la CPCD puede ser el elemento unificador para superar la discriminación al interior del colectivo de PcD. Otros participantes expresan: “(...) hay mucha segregación entre las distintas discapacidades. Tiene que ver con esto, hablando mal y pronto, quien la tiene más larga. Cuanto más tullido, más no sé qué, más discapacitado” (GF PcDN); “de hecho las personas sordas dicen que no son discapacitadas, pero... tienen el certificado” (GF PcDN); “estamos divididos por discapacidad: ciegos con ciegos, silla de ruedas con sillas de ruedas...Tenemos distintos fines... el día que nos demos cuenta que todos necesitamos la Convención” (GF PcDA); “en común, tenemos la Convención. Con eso, todos felices. Eso es lo que nos puede llegar a unir” (GF PcDA); “vos sabes qué bueno sería una gran reunión de todo tipo de discapacidad y todos puedan plantear un tema, debatir ¿Por qué tenemos que estar los ciegos, por un lado, lo de sillas de rueda por otro lado, otros con discapacidades? No. Tenemos que hacerlo. Tenemos que hacerlo” (GF PcDA).

Bajo el concepto de discapacidad o de persona con discapacidad – PcD- se encuentra una amplia diversidad de vivencias y experiencias. Desde esa diversidad, muchas de ellas se identifican y expresan ese “nosotros” bajo un lema tan fuerte como el de “Nada de nosotros sin nosotros”, amparados en la CPCD, que les brinda el marco ideológico para operar desde su condición de discapacidad. No obstante, también existen grupos -el caso de la “comunidad sorda”- que sienten afinidad y sentido de pertenencia fundamentalmente por su tipo de discapacidad u otros, que “no necesariamente” participan en un movimiento o asociación que los agrupe, como lo expresa el IC.

R: Yo diría la conciencia de pertenencia a un colectivo como se dice ahora, no me gusta mucho esta palabra, pero digamos, a un conjunto de personas que asumen el derecho de asumir sus derechos y a su especificidad (...) En la Argentina, creo que estamos en pañales en el hecho de asumir esto como un aspecto muy interesante y muy importante de la identidad y de la lucha por los derechos de una minoría. Y demostrar, volver a demostrar que uno tiene derecho a partir de la propia limitación. Y a partir de eso, el poner en juego esos

derechos observar la dificultad de defenderlos, que vuelve a confirmar nuestra identidad y el compromiso social con vos mismo y con las otras personas con discapacidad. (E IC).

Prosigue:

R: Yo creo que no necesariamente. Una cosa es que el Estado legisle para equiparar, pero eso no implica que yo tenga conciencia plena de lo que implica mi discapacidad y tampoco que me vuelva solidario con otras PcD. Creo que es un problema de madurez y solidaridad colectiva. Yo creo que de ningún modo... A ver cómo te lo podría explicar. A veces, creo que una red social de internet me puede facilitar a mí más el hecho de hacerme cargo que hay otros con esa condición, que sacar un certificado. El certificado no me vuelve solidario. Tampoco la red social, pero me permite ver que hay otra situación similar y remar juntos por derechos comunes, pero no necesariamente. En: Podría entonces, en algunos casos...
R: Podría. Obviamente, ayuda. (E IC).

Un tema fuertemente debatido en el grupo de PcDN fue acerca de los funcionarios con discapacidades, pues consideran que no se identifican con el colectivo de PcD. “Perteneciendo a un colectivo vulnerable, debes salir de tu coyuntura personal”, expresa S. Continúa:

Si hubieran sido más vivos, hubieran aprovechado en la campaña. Captado un grupo vulnerado, hartado, desprotegido y relegado y recontrasegregado que los podría haber votado desde otro lugar, si ellos hubieran tenido un *speech* para las PcD. Nunca lo tuvieron.

Mientras en el grupo de PcDA emergen sentimientos contradictorios respecto a la pertenencia grupal.

L1: Volviendo a lo que decías antes. A mí me pasa algo parecido. Trato de no participar de demasiadas cosas de discapacidad. Ramsay lo conozco por el certificado, certificado de discapacidad porque tengo que ir a evaluarme cada 10 años para ver si me crecen o no las piernas. Pero, por otro lado, trato de hacer deportes con amigos bípedos, entendiéndolo bien. Que no se malinterprete. Gente que va por otro lado y no trato de ir por ese lado. Yo lo tengo masticado. Yo tuve esto a los 19, el accidente y tengo 36. Ya van 17. Y definitivamente, es una parte de mi negación hacia la discapacidad, tratar de ser lo más normal posible. Lo que me hace...
Y: Acercarte a personas normales...

L1: Ir a jugar a la pelota con los chicos del trabajo. Salgo perdiendo siempre. Pero uno en su corazoncito, estoy jugando a la pelota, no a un deporte adaptado, en estos 17 años...

Y: Es como yo...

L1: Estos 17 años de negación...

H: No necesariamente hay que verlo como negación, sino como espíritu de superación. Y en ese caso nosotros, cuando digo nosotros me refiero a los que somos activistas y que participamos en organizaciones sociales nos sería útil, de tantísimo provecho tener gente como vos... Inquieto, lo otro. Suponte. No sé. Hay mil maneras de colaborar, por ejemplo, gente que está encerrada en su casa. Vos no lo estás, tenés una conexión social... (GF PcDA).

En este grupo la implicación emocional grupal es significativa desde el sentimiento de orgullo por pertenecer a una Asociación de PcD, a excepción de uno de ellos quien expresa que trata de no participar de demasiadas cosas de discapacidad, que sigue jugando con sus amigos bípedos (él es una persona triamputada), aunque salga perdiendo. “Y definitivamente, es una parte de mi negación hacia la discapacidad, tratar de ser lo más normal posible”. El tema de la negación no será exclusivo de este grupo. También surgirá en el grupo de PcDeA. Lo interesante que, ante esta manifestación, otro participante intenta darle un significado distinto, invitándolo a participar del “activismo”.

Y: Yo no estuve en lo que estoy ahora porque no se dio, porque no practicaba deporte, nada. Me dedicaba a divertirme...

H: Y es un deporte (risas)

Y: Mi vida fue eso, de joda en joda (risas). Cuando conocí a esta gente maravillosa. Me emociono... Este, como, de verdad, es que sentí que son mis pares. Y es lo que más me gusta.

H: Yo estuve suelto... Ella mencionó a P... que es un referente nuestro compañero. Yo lo conocí como hace 10 años, pero no lo traté. Entonces por esas circunstancias, nos encontramos a fines del 2013. Me empecé a juntar con los rengos como dicen ellos especialmente, con el grupete de la polio y empecé a militar con ellos. Y a mí, me transformo la vida.

Y: A mí también.

H: Primero, por una cuestión de admiración. Admiración porque son sobrevivientes... Mucha gente se quedó en el camino. Todos ellos, Y, a la cabeza, son super inquietos. Se pasan imaginando, comunicando... (GF PcDA).

Por otro lado, la persona que se acerca a “los bípedos” es el que trae el tema de los derechos y obligaciones de las PcD. “Igualemos los derechos, igualemos las obligaciones”, afirmándolo en relación al acceso a los partidos de fútbol para las PcD que son socias al club donde él participa. Esta postura respecto a la restricción al acceso al espectáculo deportivo genera polémica tanto en el encuentro como en el post-encuentro. (BC).

El tema de la participación representa un tema importante de visibilización como colectivo que, indudablemente, fue motivado por la conformación de este grupo focal con personas con diversas discapacidades y la proximidad de la celebración del Día Internacional de la Discapacidad.

S: Pero sería bueno una gran convocatoria de todos los discapacitados, este...
Y: El 3 de diciembre...
S: Viste para que nos escuchen a todos juntos. Fíjate, acá estamos reunidos 10.
Mo: Menos, cinco (más tarde se incorpora Sil)
S: Ponele 10. Vos haces otra reunión y van 20 ¡Y somos muchísimos!
Y: Estamos divididos por discapacidad: ciegos con ciegos, silla de ruedas con sillas de ruedas...
Mo: Hoy, justamente, este encuentro era sin distinción de tipo de discapacidad...
Y: Después los partidos políticos (...) Entonces... cuando estuvimos en el I.... Yo creo que el matrimonio igualitario se consiguió porque todos tenían un mismo fin. En cambio, nosotros tenemos distintos fines. Unos quieren una cosa y otras, otras. Nos separamos... el día que nos demos cuenta que todos necesitamos la Convención... (GF PcDA).

Cabe destacar que en medio de la convocatoria a los grupos focales y cuando se celebraba el “Día Internacional de las personas con discapacidad”, la tesista fue invitada a dos de las celebraciones que se realizaban en CABA, en días distintos y que respondían a grupos y organizaciones distintas. Al experimentar un compromiso, que tenía que “estar allí” (Guber, 2001), aun cuando esto implicaba reorganizar agenda laboral y familiar, posibilitó tomar otro registro respecto a lo observado en las entrevistas. Cada evento implicó distintos grados de involucramiento, desde la primera, con la observación del acto realizado y una suelta de globos alrededor del Obelisco; hasta la segunda, con la participación en una mesa larga de un bar con personas con distintas

discapacidades que, después de la marcha y distintas exposiciones, se reunían a conversar sobre sus derechos, la aplicación de ciertos artículos de la Convención, entre otros temas. (BC).

Por otro lado, en el GF PcDeA, se intercambiaron ideas acerca de cómo la decisión de gestionar un certificado puede estar condicionada por la participación o no en un grupo.

M3: Y otro que te pica la cabeza y te aviva un poco. Si no lo haces, sos un boludo y si lo haces, y te sale bien, sos un H de P para vos. Está la decisión de cada uno, hacerlo o no hacerlo. Convivimos con eso todos los días. Estamos metidos en ese nucleamiento, que todos pasamos la misma cosa. Te condiciona un poco.

M4: Esta bien lo que decís. Te condiciona, no te determina. Te condiciona. Lo que uno hace, habla de uno, no habla de los otros. Siempre. Lo que yo hago habla de mí. Si no soy un anciano que no tiene sus facultades mentales, un desamparado o un niño pequeño ¿Si? En la gente adulta, lo que uno hace, habla de uno. El medio te condiciona. Te condiciona a favor o en contra con los certificados. Qué sé yo...Estás en un grupo que dice jamás lo sacaría. O en un grupo que te dicen, que sos un boludo si no lo sacas. Pero no lo determina. A favor o en contra, la determinación, me parece, es de cada uno.

L2: Porque, en definitiva, respondiendo a tu pregunta C.... Uno puede elegir si está o no en ese grupo. ...Claro. Si estar en ese grupo implica, que, suponiendo que, por ejemplo, teniendo certificado de discapacidad a mí me van a dejar de lado y no voy a obtener los mismos beneficios y no voy a poder... Yo elijo. Si quiero pasar un rato de mi vida, una parte de vida, en ese lugar donde voy a sentir rechazo... Esto que decís vos, no parecer el tonto del grupo. Y los otros, piolas.

C2: El ambiente, la condición. A mí me da vergüenza ajena. Yo lo hablé muchas veces con C. [nombre de la moderadora].... Yo no lo sacaría, no porque no lo necesite más o menos que otros. Hay tipos que, como bien apuntaste hoy, la miraron por televisión y son los grandes discapacitados, sacan el auto, lo compran el auto a menos precio, porque la utilizan para eso... (GF PcDeA).

Entre los profesionales se hace referencia tanto a la influencia del grupo primario (familia) como secundario (grupo de excombatientes, miembros de asociaciones, etc.)

Mo: ¿Piensan que la solicitud de esa certificación está motivada en que las personas participan de un grupo u asociación con similar condición de salud?

Todos: Repetí.
L4: Están motivadas por la familia, muchas veces.
M4: No por la familia....
A1: Vos decís motivadas por el colectivo, la familia o la necesidad...
(Hablan todos)
A2: Pero no solamente, los ex combatientes. Un familiar escucha que otro y le dice: "Dale, sácalo".
M7: Como institución, los excombatientes tienen su certificación.
A2: Además en otras situaciones...
(Hablan todos)
L4: Lo poco que vi por los padres...
A2: En otro tipo de situaciones. Como grupos muy fogueados por la situación. "Sácalo", le dicen.
L3: Yo a mi hija no le había sacado el pase, el pase de transporte. Porque podía pagarlo. Pero viajaba con sus compañeros y sus compañeros todos tenían pase. Ella se sentía discriminada "¿Por qué yo no tengo pase? Yo quiero pase". Tuve que sacarle el pase (...) El certificado es el pase para personas con DI -discapacidad intelectual- Es el pase.
Mo: Por eso, me parece interesante...
A2: Es cierto que hay una confusión entre el certificado y el pase. Adonde lo voy a sacar, el médico tiene que completar la ficha para que saque el pase.
Mo: Y es eso, es el pase. (GF PS).

(...) LA VERDAD QUE ESTOY MUY TRISTE, CREO QUE DEBERIAMOS JUNTARNOS Y PEDIR QUE AMBAS ENFERMEDADES SEAN INCLUIDAS EN LA LEY DE DISCAPACIDAD, POR CIERTO NO SE COMO SE REALIZA. PERO ME SENTI TOTALMENTE DISCRIMINADA. (Anónimo, 2015) [sic] (MC).

Es interesante como esta usuaria de las redes sociales -quien ya había accedido al CUD- al no ser reconocida por las otras dos enfermedades que padece, expresa sentirse "totalmente discriminada". El hecho de que no acepten sus enfermedades genera este sentimiento que parece no ser comprendido por el equipo profesional de las Juntas Evaluadoras de Discapacidad. Por otro lado, plantea la idea de reunirse con otros que padecen igual situación -en este caso, con la comunidad imaginada de los usuarios de este sitio Web- para solicitar que estas enfermedades sean incluidas en la ley de discapacidad.

Actitud respecto al Certificado de Discapacidad /CUD

Respecto a la actitud hacia el objeto de la RS, las respuestas iniciales fueron detectadas en los cuestionarios y primeras entrevistas. Anteriormente, ya se ha hecho referencia a la sorpresa que generó la manifestación de un PcD auditiva cuando dijo que el CUD representaba su DNI, en tanto presentación “legalizada” de su condición de discapacidad, protegiéndolo en situaciones donde su comunicación expresiva no era lo suficientemente entendible. Otros participantes, personas con diferentes tipos de discapacidades, expresaban que representa una herramienta significativa para solicitar empleo ante el cupo establecido y, para algunos pocos, el acceso a becas universitarias. (E).

La mayoría seleccionó el transporte para su movilidad en la vida cotidiana, canalizada a través del transporte público gratuito o a través de la adquisición de un auto, que coincide con la mayoría de imágenes detectadas en notas, blogs o Foros referidas al transporte. Estas imágenes, junto a la exención de la patente y el libre estacionamiento, fueron muy valoradas por las PcD motora, pero no de manera excluyente. La pensión y la Obra social aparecen, pero con mayor frecuencia los medicamentos para las PcD mental, aunque otros colectivos lo mencionen como una necesidad, pero no necesariamente asociados a su discapacidad. Estas necesidades son diversas de acuerdo al tipo de limitación prevalente, pero no es el único factor que las motiva.

Las imágenes seleccionadas para la técnica de fotolenguaje -de acuerdo a los beneficios y barreras expresados en el cuestionario- facilitaron tanto la emergencia explícita de las dimensiones implícitas, como profundizar en ciertas dimensiones o categorías de apuntalamiento de la representación, con respecto tanto a la motivación de tramitar el CUD, como a la consideración de que el acceso a estas situaciones o servicios que puede habilitar el CUD pudieran representar un derecho.

E: Los medicamentos, un derecho.

C1: Si, todas. Y en realidad y muchos son de alguna manera derechos transversales. Yo pensaba esto de acceder a un transporte accesible o un libre estacionamiento o a lo que sea, permite que uno acceda a un servicio de rehabilitación que exige, por ejemplo, tener que ir todos los días a un lugar a kinesiología o servicios que tenga que hacer. Muchos

de ellos, si no están, y como son puente para otros, se vedan otros derechos.

Mo: ¿Qué piensan los demás? Te quedaste pensando S...

S1: No, sí. Básicamente, por la transversalidad que comenta C... Pero viste que a veces en cuestión de requisitos, algunas cosas anulan otras. Tener determinado sueldo no te permite acceder al subsidio de los impuestos... Para mí no tendría que ver una cosa con la otra, pero...

Mo: ¿Cómo lo pensarías?

S1: Tendría que ser independiente. No se condice.

E: Según lo que ganas, lo que te permite tener.

C1: Bueno, es como también con el tema de las pensiones, la compatibilidad pensión y trabajo. Lo que no se tiene en cuenta a veces por diferentes factores, como puede ser por cuestiones climatológicas, que le obliga a la PcD tener que hacer viajes en taxis y remise, que otras personas no tienen que hacer. En general, tenemos más gasto que otros colectivos.

S1: Ni hablar si sos electrodependiente. Lo mismo que el cruce este con Anses para acceder a la pensión derivada, ante el fallecimiento de los padres. Está complicada...

Mo: ¿Está complicada?

S1: Si te casás, no podés acceder. Cosa que no tiene que nada que ver. Para la ley, suple la obligación, la manutención depende del cónyuge. Pero me parece que una cosa no tiene, no quita la otra...

E: Si te casas no te dan la pensión.

Mo: La pensión derivada por fallecimiento de los padres...

S1: De los progenitores

Mo: De los progenitores recibís esa pensión. Si te casás, esa pensión derivada se corta. Es una de las limitaciones que tiene el sistema.

S1: B... tenía un proyecto muy interesante para ver de continuarla. No sé qué pasó...

Mo: Como lo de la compatibilidad, esto que habla C..., del empleo. Ese fue siempre un tema de barrera. Pensión y empleo. Vos querías integrarla en el trabajo. Y con la pensión, perdía su médico o perdía...

C1: Si, sobretodo yo que trabajo en un programa de capacitación y empleo. Lo que veo muchas veces que la gente tiene miedo de dejar la pensión y tomar un trabajo en blanco. Aunque la pensión queda suspendida, no anulada, es un tramiterío y queda un bache de muchos meses y no cobra nada

S1: Y perdés la Obra Social. (...)

E: El hecho de tener una obra social ya es una gran cosa.

S1: Es la protección...La pensión te trae estas dos cuestiones: te trae una remuneración fija y te trae una Obra social. Ante la posibilidad de un empleo que lo podés tener, pero después perder lo... La gente ante la decisión -a mí también me sucedió-dice: "yo quiero la pensión ¿Y si lo pierdo? ¿Con que me quedo?". Da como una seguridad...

C1: Mejor poco conocido (risas)

Mo: Estas perdiendo oportunidades de empleo. A los que trabajamos en esto hace mucho ruido...

S1: Y empleo bien remunerado, en muchos casos...

J: Lo que me pasó cuando empezaste a tirar...

Mo: Las cartas (risas)

J: Las cartas... Qué lastima que cada habitante de este país no pueda llegar a tener estos derechos... que solamente estos derechos los tengan las PcD y no los pueda tener todo el mundo. Que pueda estacionar donde se le cante, no pagar peaje, andar por tu país como realmente... libre, no tener que tomar una calle alternativa y andar por donde se te de las ganas...

E: Y no pagar la patente.

Mo: Lo de la patente...

E: No lo sabía. Lo de la patente me enteré la vez pasada.

J: Eso me pasó, me impactó.

Mo: ¿Te impactó?

J: Me impactó que las otras personas no puedan tener esas facilidades.

C1: Un montón de gente con discapacidad no las tiene porque no conoce sus derechos

J: Exactamente. Por qué no lo puede tener su vecina, por qué no lo puede tener quien se levanta a la cinco de la mañana y se acuesta a las dos del otro día... trabajando por qué no puede tener ese mismo derecho.

S1: Lo que le pasa a uno, como PcD, hay ciertas cuestiones que lo pone en desventaja frente al otro.

J: Seguro, seguro. Yo no digo eso. Yo defiendo el derecho y los beneficios. Lo que sí me pega, es como personas que hacen sacrificios también, no tienen la libertad de estacionar donde quiera o tener medicamentos gratis. Eso es lo que me pasó a mí.

Mo: Y para vos M... ¿Cuál de estas imágenes representa el certificado?

M1: Montón.

Mo: ¿Alguna que te representa más?

M1: La del colectivo... Y también del tren. A veces puedo viajar por el interior con acompañante. A veces, puedo ir al cine o al teatro. Ya me paso dos veces, ya. Cuando voy a entrar al cine, hay que pagar... Y se armó un quilombo....

Mo: Ya me contó esta situación. Que se armó todo un quilombo porque tenían que pagar.

M1: Hace cinco días que estuve en Iguazú y también pasó lo mismo.

Mo: Te dijeron que tenías que pagar. No aceptaron el certificado.

M1: Así es.

Mo: Ahí estamos en turismo accesible. No aceptaron. Se supone que con certificado podés entrar gratuitamente. Creo que estaba...

J: En empresas de colectivo, también hay mucha burocracia para darte los pasajes.

M1: Yo soy solidaria en el colectivo. Me paro y dejo pasar a la persona mayor.

Mo: Es muy interesante, M...

M1: Con una persona mayor o embarazada, yo me paro.

Mo: Claro, vos podés estar parada.

M1: Puedo estar parada. Yo estoy acostumbrada.

C1: También pasa con la prioridad de las colas. Uno debería dar a las personas mayores o con discapacidad motriz, porque en realidad, en mi caso no tiene mucho sentido tener prioridad en la cola de los bancos [persona con discapacidad visual].
Mo: Claro que tiene sentido esa prioridad.
C1: Esto tiene que ver con nuestra responsabilidad respecto a la ciudadanía.
E: Está bueno, también esto que es como documento.
J: A veces, la gente discapacitada a veces saca pecho, se pone intolerante y se creen con más derechos que los otros Y exigen y gritan ¿Cómo se busca el equilibrio? Se les otorga el mismo certificado a todos, pero no todos somos iguales. Hay gente que es intolerante. Prepotentes. O como vos [se dirige a M] que le dan el asiento a una persona mayor. O que están en silla de ruedas u otro con capacidades intactas. Y no lo hace por ser discapacitado. Es como si yo con mi problema con el brazo, no me paro porque digo no, como me voy a parar yo, si soy discapacitado.
C1: Eso tiene que ver con rasgos de personalidad, como todo...
S1: Es inmanejable...Calculo yo, que es inmanejable. (GF PcDN).

En este grupo de PcDN se genera un interesante intercambio de cómo ciertos derechos facilitan la vida cotidiana, así como existen otras situaciones que no han sido resguardadas, tal como la compatibilidad del trabajo y pensión, que operan como barrera para la inclusión laboral. Se debate tanto las incompatibilidades que restringen beneficios como si es necesario el uso del CUD para todos los beneficios que comprende, cuando algunos de ellos no son necesarios por el tipo de limitación o situación socioeconómica. Como expresa un participante: “Se les otorga el mismo certificado a todos, pero no todos somos iguales”.

L1: Exención.
Mo: Exención, pago de la patente. Esa es otra. Otra tiene que ver con el acceso al empleo (...)
S2: De eso, hay que hablar mucho.
Mo: ... la disminución del pago luz y gas...
S2: ¡Terrible!
Mo: Otra...con acceso a espectáculos y turismo accesible.
S2: No están dando ahora el acceso a espectáculos.
Mo: Algunos sí. Mira que acá tenemos un representante de un club...
L1: No, no. Pero tiene razón. No es tan libre como antes.
S2: Antes íbamos a todos lados...
L1: No es tan libre como antes que simplemente presentabas el certificado y entrabas. Se está tratando de cambiar ese paradigma (...)
¿Cuál es el principio de acceso? Porque el cuerpo societario tiene que

pagar la luz, el acceso, la seguridad...OK. Igualess los derechos, igualess las obligaciones. De ese lado, es que primero tenes que ser socio y después podés ingresar a la cancha de [fútbol]

Mo: Eso en ... ¿Y después hay otros espectáculos?

L1: Después hay espectáculos que dependen de un cupo más limitado que antes y depende de la buena fe de ellos, que el cupo ya se cumplió. Pero en realidad hay 10 discapacitados, pero habría lugar para 100, si ponen lo que tiene que poner.

S2: En los teatros teníamos acceso y ahora no.

Mo: ¿Se limitó? Mucha gente, mencionó el acceso a espectáculos y turismo...

L1: Se restringió la cantidad de espectadores. Antes era sin restricción de espectador y ahora más de 30000 entra la gratuidad del acceso.

Y: No sé (...) para mí, sacando turismo que no sé qué... Para mí serían todo menos turismo.

S3: Nosotros sin embargo fuimos a Mar del Plata un montón de veces.

Y: A Chapadmalal ¿Y hay accesibilidad?

S3: Sí.

T: ¿Habitaciones accesibles?

S3: Si. Hay rampas

Mo: Un tiempo que no estaba así...

L: Voy a ir el Centro de Jubilados de S....

Y: Pregúntale a S... qué nos pasó cuando fuimos al lugar ese...

S2: Lo que pasa que la Secretaría de Turismo está cerrada. Este año no va a abrir Chapadmalal.

Mo: Volvamos a la pregunta...

H: Para mí, la que dijiste primera. Un documento.

Mo: Un documento.

H: La representación que más me empujó. El resto de las otras cosas no las conocía. Posibilidades que conocí después.

L1: Para mí, el libre tránsito y estacionamiento. Además de tener que legalizar mi discapacidad, para mí la obra social fue lo que me motivó al certificado y ver un beneficio al certificado.

Mo: Y... dijo todo, menos el turismo... ¿M...?

M2: La del documento. A mí me hablaron del certificado como un documento.

Mo: Y lo sentís así, que es un documento, siempre lo sentiste así... ¿S...?

S2: También. También cubriría todo lo que estamos viendo ahí.

O: S..., habías mencionado lo laboral. Esa imagen te hizo pensar en algo...

S2: Que la ley del 5% no se cumple. Hay muchos ciegos. Yo digo ciegos porque casi siempre hablo con ciegos que están en la búsqueda de trabajo, viste y nadie quiere darles un trabajo. Dicen que el Estado está obligado a darles un trabajo, pero no...

Y: El 4 en Nación y el 5 en Ciudad.

S2: Claro y no... no pasa

Y: Otra cosa que estamos luchando (...)

S2: Puede estar la ley...hay un montón de leyes que no se cumplen.

Y: Si no hay multa, nadie va a cumplir. (GF PcDA).

Las motivaciones hacia el CUD por parte del grupo de PcDA destacan la exigencia de la institución a la que concurrían o de la Obra social para tramitarlo, si querían recibir los servicios específicos para su rehabilitación, o la necesidad de recibir una ayuda técnica estando desempleada y sin cobertura de salud. Una de ellas manifiesta haber sido llevada por personal de la institución de rehabilitación a la que concurría y con un marcado rechazo donde la ubican en esta tramitación: “Te llevaban a sacar el certificado como paciente. Me sentía como leprosa y no como una ciega. Ellos decían que éramos pacientes y teníamos que sacarlo. Fue una sensación fea. Si no, quizás no lo hubiera sacado” (E). M. quien lo tramita a instancias de la Jefa de Personal de su trabajo, expresa: “Me costó mucho sacarlo”. (E PcDA).

El turismo y el acceso a espectáculos aparecen con intensidad por el incumplimiento de aquello que debería garantizar el CUD. El tema del acceso a los espectáculos y la posibilidad de disfrutar de otros intereses, como escuchar música clásica en el Teatro Colón, aparece en la entrevista con el IC. (E).

R: Bueno, son estas las que más me implican a mí. En primer lugar, como te decía, primero el acceso a la movilidad, adquisición al automóvil. Después todos los pasos para dar cuenta, legitimar mi discapacidad y el derecho al libre tránsito y estacionamiento. Pero, además, el hecho –te diría- de una progresiva conciencia de mi identidad. (...) Es decir, yo diría, que los trámites hacia el auto y la renovación del certificado (...)

Ahora con la segunda, está la vi muy interesante. Es muy linda, porque presenta el orgullo de la pertenencia y la dificultad de defender la pertenencia. Porque esto implica lo legal. Lo legal es mi derecho. Sin embargo, en la práctica se cumple, se cumple parcialmente. Ni tampoco es respetada. Quiero rescatar lo estrictamente legal, creo que hay avances y los logros en lo legal como cartografía. Creo que hay avances. Sin embargo, hay muchísimo por hacer.

El otro aspecto es el ocio. El derecho al ocio. En primer lugar, o creo que el derecho al ocio representa algo que parece ser natural pero que de hecho no está desarrollado. El derecho al ocio implica un derecho a la formación y a la calidad de vida. Creo que la discapacidad motora o mental trae enormes restricciones al ocio: por la dificultad en la accesibilidad, muchos espectáculos son caros, porque no es fácil llegar y acceder a un lugar y porque además la gente se va autocensurando, con la dificultad. Además de los enormes prejuicios externos y la vergüenza de una familia y de la propia persona con discapacidad de mostrarse en público. Creo que el derecho a ejercer el derecho al ocio que te da el certificado, te da una posibilidad a enriquecerse afectiva, culturalmente, espiritualmente y educacionalmente. Y segundo, creo

que activamente ayuda a quebrar barreras y estigmas. Y obliga, empuja a la sociedad a incorporar a los que preferiría no ver. Y da chance a la familia con persona con discapacidad a permitirse mostrarse. Yo personalmente te quiero contar con respecto a dos aspectos interesantes: la accesibilidad a los deportes y a hacerla.

En: ¿Y al turismo accesible? [refiriendo a la lámina respectiva].

R: Claro. En primer lugar, yo con el certificado podría acceder a espectáculos deportivos gratuitamente, algunos organizados por el Estado y otros... Por ejemplo, pude ver tenis oficial, fútbol. Y mi hijo, me empujó junto a mi esposa, a ir al Colón. Yo había ido al cine, pero no había ido al Colón. Estoy siendo un habitué del Colón. En el Colón, hay toda una mecánica para acceder con certificado de discapacidad desde la mañana haciendo cola para acceder a palcos. Yo pude ir al Colón. De pronto, empecé a conocer de música clásica a mis 60 años.

En: Toda una oportunidad...

R: Turismo accesible. Hay algo que yo aprendí hace 30 años que la PcD –a nivel internacional- es un excelente consumidor potencial. Y moviliza recursos. Va teniendo acceso económico progresivamente. Al tenerlo en cuenta a ese consumidor potencial se mueve el comercio y se mueve el turismo. Pero, además, el efecto en la calidad de vida es enorme. Creo que el certificado de discapacidad le da a la PcD la herramienta para exigir [golpea la mesa]. Respétame. Tengo derecho a pedir ¿Qué tenés para ofrecerme? No estás preparado. Según la ley con el certificado, vos tenés que tener esto accesible. Esto que parece tan obvio, yo me animo a pedirlo porque tengo el certificado, tengo donde apoyarme para exigir derechos. Con respecto a este, reitero el tema del certificado. Yo no tengo todavía el CUD, sino el otro...

E: Porque todavía no ha vencido...

R: (...) Con el certificado yo me empodero y puedo exigir. Si no alcanza, porque no va a alcanzar con mi certificado, me empodero para reclamar al hospital o a quien corresponda. Y lo hice varias veces. Respecto al trabajo, te estoy recibiendo acá como médico de planta porque accedí acá por el cupo para PcD. Yo tenía mi recorrido como médico, como médico psiquiatra. Pero había un cupo que, en ese momento, estaba subocupado. Y no solo estaba subocupado porque la Municipalidad no sea buena o generosa, sino porque no había sido utilizado. En ese momento, yo tenía el certificado de discapacidad y ya tenía auto. Después hubo un tiempo que no lo tuve y me trasladaba con ómnibus. Solicite a la Municipalidad entrar como médico con el certificado de discapacidad. Eso me permitió solicitar mi derecho al trabajo por el cupo.

Acerca de los ómnibus con rampa... esta rampa es preciosa, pero es una minoría. Estamos en la misma. El certificado me permitió ver el subcumplimiento de las obligaciones de la ley de discapacidad: la falta de accesibilidad de los ómnibus, la falta de rampas, la ocupación de la parada del ómnibus. Si ocupás con un auto la parada de ómnibus, yo no lo puedo ejercer. Tuve ese problema si no se cumple la ley. A partir del certificado, sistemáticamente observé que se violaba la ley. Con el certificado tuve que advertir al hospital, tuve que hacer una denuncia a través de "Acceso YA" del incumplimiento para que me respetaran el

estacionamiento. Mostrando fotocopia de mi certificado de discapacidad.

En: A partir de la inclusión con el cupo del certificado reclamaba espacios y accesibilidad avalados por el certificado...

R: Reclamar que se cumpla la ley de accesibilidad. Claro. (E IC).

El IC selecciona las imágenes “que más lo conmovieron”, secuencialmente, respecto a su historia de aproximación al certificado de discapacidad: su automóvil como facilitador para la movilidad, el trabajo por el cupo, el acceso a espectáculos (E). Destaca, junto a esta secuencia, una “progresiva conciencia de identidad” y cómo con el certificado se empodera y puede exigir.

En el grupo focal de PcDeA, las imágenes seleccionadas estuvieron relacionadas con aquello que motivaría a las personas a tramitar el CUD.

M4: La imagen que representa en general es esta, la del libre estacionamiento [símbolo universal de accesibilidad]. No es la que más, yo tomaría como representación, pero es la que entiende todo el mundo. No es mi imagen. Mi imagen tiene que ver más con la Rehabilitación. Puede ser la del transporte público. El acceso al transporte, que la gente puede acceder a.... Me parece que ubico más en mi imagen de discapacidad todo lo que tiene que ver con la rehabilitación y todo lo que tiene que ver con los accesos más posibles....

C2: Creo que, por la vergüenza, la estigmatización. Es lo que pasa al menos en el Instituto. No te dicen con grupo familiar, su hijo está enfermo y no lo dijeron antes (...)

M4: No es lo mismo PcD o con certificado. Cuando una PcD hace uso de esos espacios, tiene derecho porque además tiene un trabajo extra en la vida. Alguien que no puede caminar bien. No siempre una persona con certificado de discapacidad, le impide eso, específico.

Mo: ¿Y los que no tienen discapacidad visible, lo que no se les ve la discapacidad?

M3: Yo tengo sordera, por ejemplo.

L2: En mi edificio hay una persona con discapacidad mental leve, moderada. Pudo acceder al primario. Bueno, ese chico. Si no hablas con él o tenés contacto con él, no sabés, no le ves a simple vista la discapacidad. La madre compró un auto para discapacitados. Y usufructúa también del espacio. Es como vos decís. No es para llevarlo a él, es para estacionarlo en la puerta. No...

P: Vos tenés familiares que son así y familiares que no. A mí me toca trabajar en C... y nos hemos tocado con familiares en el siglo XXI que no han querido hacer el certificado, no querían que su hijo tuviera el mote de discapacitado. Uno de ellos, cuando cumple los 18 años la

Obra Social te dice...que si el chico es discapacitado le tiene que dar todos los remedios. Pero sácale el certificado de discapacidad. La madre no quiso, no quería. No quiso nunca. ...

Mo: Con la ley...

P: Con la ley y te lo dan por un periodo...

L2: Pero no sé si escuche mal. Esta Sra. acepta el certificado porque los remedios le salen gratis. O sea, no es porque ella ve la discapacidad en su hijo un beneficio para él. Si ella pudiera económicamente y no lo necesitara, no lo sacaría.

P: Seguro.

L2: Seguiría sin certificado de discapacidad.

Mo: O el sistema no te lo pidiera. Vos accedes al 100% sin certificado, te corresponde por problema de salud.

M4: Claro. O por patologías crónicas ¿No? Esto pasa.

P: Quiero agregar otra cosa por lo que ella dice. Es lo que nos toca ver a nosotros. Yo soy burócrata sindical. No ejerzo ninguna profesión. En C2: se permite a los hijos de afiliados de A..., de nuestro gremio ir a ese lugar con un equipo de profesionales... Psicólogos, fonoaudiólogos, kinesiólogos... Tenemos un equipo importante de trabajadores que ayudan. El problema más serio que tenemos es la familia que no acepta la discapacidad de su hijo. Eso pasó –yo tengo 52 años- hace 40 años y ahora lo mismo, más o menos tapado. Como tengo las chantas, como tiene amigos de la política del partido [político] que está más sano que vos. Tiene una enfermedad de ser un hijo de puta, no de tener una discapacidad. Y, sin embargo, sacó un certificado de discapacidad y está mejor que vos y que yo.

M3: Yo tengo un veterano que está muy bien económicamente. Y que otro veterano lo pinchó tanto -el otro, criado en la calle y sinvergüenza- que hizo un certificado trucho. Y se presentó (...). Y me dijeron: “Esto es trucho” (risas).

(...)

C2: Pero a la larga trae sus cosas (...)

P: Yo también en lo personal tuve una cuestión, un tema...C... lo conoce muy bien. Durante 14 años, mi hermano tuvo la enfermedad de diabetes. Y lo fueron cortando de a pedacitos (...). Y cuando iba a presentar...no le dieron el certificado. Siempre no, no. Siempre lo rechazaban.

M: Esa es la burocracia.

M4: ¿Cuál era el problema?

P: ¿Que había que demostrar que el chabón era discapacitado? Y ya te vuelvo a decir, tengo a una persona que es una chanta, que su única discapacidad es ser hijo de puta, tiene el certificado para poder entrar en la cancha, para poder... esto te revela contra el sistema.

M4: Lo que pasa la inmoralidad pervierte muchas cosas. De repente, algo que puede ser un buen valor como es darle un beneficio a alguien, que no tiene todas sus capacidades para sortear su vida, digamos, termina por cuestiones de la inmoralidad. Yo creo que el tema de la inmoralidad y la amoralidad –la falta de moral- me parece que atraviesa la cuestión.

P: Totalmente.

Mo: Esta es una marca.

M4: Es un tema...

M3: Yo creo que la justicia también. Porque cuando la justicia detectara un caso de estos y lo hiciera público y lo sancionara severamente al tipo....

M4: Por supuesto, abarca todas las instancias....

P: La justicia somos todos. (GF PcDeA).

En el grupo de PcDeA se observa que aparecen tanto respuestas positivas como negativas hacia el CUD. Por un lado, a través del símbolo universal de accesibilidad y las prestaciones de salud, distinguiendo a quienes requieren de este certificado “porque tienen un trabajo extra en la vida”. Por otro lado, aparecen sentimientos de vergüenza asociados con quienes tramitan el certificado por una necesidad secundaria, como ir a la cancha o tener el estacionamiento en la puerta de la casa, sin tener una limitación significativa. Aparecen esos otros –que no llegan a ser “nos-otros”- que develan una conducta que desaprueban. Nuevamente, insiste el tema de lo ético, de lo moral y la capacidad de decisión en este grupo focal.

Por otro lado, acuerdan que los beneficios a los que se accede a través del CUD representan derechos. Una de las participantes expresa: “El discapacitado tiene derecho, pero el Estado la obligación de dártelo y garantizarlo. El Estado y el Privado. No puede hacerse el boludo.”

S1: Y un poco esto, que veníamos diciendo, va a depender donde este parado cada uno y la información que tenga cada uno. Ya te digo. Yo vivo en Tribunales. Alquilo hace 18 años y no es un barrio de difícil acceso a la información o socio económico bajo. A mí me ha pasado muchas veces de ir al supermercado, pedir la prioridad en la caja y me piden el certificado porque la gente en la cola se enoja. Siempre voy con acompañante porque no alcanzo las góndolas. Y dicen no es la compra para ella, es para la amiga. Varias veces tuve que mostrar el certificado. No estamos hablando de gente sin acceso a la información.

Mo: Capaz que una cajera no tuvo acceso, es otro tema...

S1: No es de las cajeras. De los clientes.

Mo: ¿De los clientes? Si la cajera estuviera preparada para poder...

S1: Las cajeras ya me conocen, están habituadas. Una cajera me dijo: “discúlpame, pero el Sr. me exige”. Ya estoy curtida. A lo que voy, muchas veces la gente más humilde, de bajos recursos tiene otra mirada, más contemplativa de las situaciones. La gente de determinado extracto social es más soberbia, más prepotente. Se

creen porque tienen plata se llevan el mundo por delante. Este quizás es mi preconceito, quizás...

Mo: Es como que la gente no tolera mucho ciertas discriminaciones positiva que hay. Por ejemplo, la cola de supermercado...

S1: Si, la cola del supermercado o la cola de cualquier lugar...

C1: O Cuando uno hace una compra habitual. Tengo una anécdota personal, que fue re-graciosa. Fui con un amigo al supermercado, íbamos a hacer una picada con un par de amigos y nos llevamos un montón de Fernet (risas). Fuimos a la caja de prioridad. Fue re gracioso. No sabes cómo te mira la gente la chica de la prioridad es la que se lleva el Fernet (muchas risas).

Mo: Estuvo bueno. Esa puede ser una prioridad (risas).

C1: La chica de la prioridad se lleva como tres botellas (risas).

J: Yo te puedo decir una expresión de mis amigos. Cuando yo saqué la...Ahora no te dan más una oblea para pegar en el vidrio, te dan una de plástico, porque en realidad me parece bien que si no tenés auto, se la des al que te transporta. Sino antes eras obligado no solamente a ser discapacitado, sino también obligado a tener un auto. Cuando yo le digo a un amigo mío: "no te preocupes, ponemos la oblea", si venimos al Microcentro, por ejemplo. Ponemos la oblea, porque me estas transportando a mí. Pero la expresión es que hijo de puta. Pero porque hijo de puta. Porque vos podés, pero yo tengo problema. Será chiquito, pero el problema está. Y eso es lo que me pasa a mí ¿Y vos que discapacidad tenes? (...)

Mo: El tema, está en juego la discapacidad visible e invisible. Hay todo un juego en relación de que piensa el otro cuando uno hace uso del certificado.

C1: De hecho, las personas epilépticas, sordas con discapacidad intelectual que no son visibles son muy maltratadas, muchas veces, por la gente en general. O por los chóferes de colectivo. Creen que le están metiendo el perro o que no lo necesitan.

Mo: Justamente, uno de las láminas surgió de un chico hipoacúsico, no sordo, de familia sorda. Me decía la importancia del certificado como DNI, porque el sale de noche. Como esta oralizado, habla con dificultad, no habla como se espera que uno hable ¿Y los policías que pensaban? que estaba drogado. Desde que tiene el certificado, se siente muy seguro. Mira que interesante... Otras situaciones de la vida cotidiana...

J: De todas formas...Me voy acordando. Hice un viaje a Chile. En el peaje, los peajes, vos no pagás si mostrás el certificado, no pagás. Y en las rutas nacionales, te piden otro tramite más. O sea, yo decía: ¿Por qué otro tramite más? (...) Si vos sos discapacitado, lo sos por más trámites que haga.

S1: Y si sos discapacitado en todas las provincias.

J: Exactamente. Y en todas las provincias.

Mo: Esto ha habido muchos problemas en distintas provincias.

S1: Esto tiene que ver con que el país es federal.

Mo: Tenemos leyes nacionales Algunas que difieren. Bueno. El problema es la aplicación. Por un lado, alcance nacional y por otro lado

las jurisdicciones ponen sus límites. Vos C... que viajas mucho por el interior, esto se siente...las dificultades...

E: Antes con un duplicado servía y ahora si perdés el certificado, tenés que volver a hacer el trámite.

S1: Incluso. En las autopistas cada una tiene su trámite. Tenés que hacer el trámite en la Autopista del Sol... (GF PcDN).

El tema de la distinción entre discapacidades visibles e invisibles también da cuenta del CUD como un amparo, aunque a veces no basta el CUD para todas las situaciones donde debería servir para este fin.

En una entrevista con una persona con la enfermedad de Chron – “personas con urgencias por la incontinencia”, así presenta la limitación- expresa la importancia de obtener el certificado ante esta limitación en la vida cotidiana. “El certificado es un documento de identificación que permite dejar el coche en cualquier lugar ante una urgencia y el acceso rápido a un baño. También para el que viaja en colectivo, que tiene que subir y bajar del colectivo todas las veces que necesita.” En estos términos, la certificación se presenta como un facilitador altamente significativo en la vida cotidiana de una persona con estas limitaciones. (E)

Otra entrevistada expresa:

A veces, a las PcBaja estatura no les quieren dar el certificado y es una herramienta necesaria cuando, por ejemplo, buscas trabajo. Con esta situación, no tenés igual oportunidad. Cada discapacidad es un mundo y hay que ver que haces con lo que te pasa, mucho tiene que ver con tu propia actitud. Pero más allá de mi actitud, hay obstáculos sociales. El CUD representa una herramienta más, con otras que tengo cuando hago valer mi derecho. Cuando está asociada la discapacidad a la pobreza, es EL recurso. Cuanta menos accesibilidad, más importante como recurso es. (E PcDN).

Esta participante también agrega la variable socioeconómica en la valoración del CUD y la significación que adquiere como herramienta en la vida cotidiana.

Mo: Si fuera necesario o no una certificación...Vos [dirigiéndose a J.] en otro momento lo comentaste, también algo de esto vos dijiste....

J: Quizás una persona que tiene 4 hijos, que tiene que alimentarlos y se levanta a las 2 de la mañana y también debería estar ayudado...
C1: Perdón, por otro lado, también hay mucha gente que accede y no lo necesita.
J: Están tan desesperados por cambiar la camioneta, para tramitar y pagar menos la camioneta. Están desesperados. Es cierto eso. Hay muchos que especulan con eso.
C1: Hay muchos que podrían pagarse el transporte tranquilamente...
Mo: Ahí directamente ligado a lo socioeconómico. Una ayuda...
C1: Creo que es diferente en tema salud. La cobertura universal, gratuita es lo ideal... (GF PcDN).

Un entrevistado refiere “Hoy por hoy es una llave, un abre puertas. Vayas donde vayas, te lo piden. Por más que me vean con el bastón...Tiene una fuerza gubernamental, servicios públicos...” y continúa enumerando todos los servicios a los que pueda acceder. (E PcDA).

Otra entrevistada expresa que “el certificado es una herramienta para la defensa del derecho, aunque continúan los prejuicios”. Acto seguido comparte una escena laboral donde vivió esa experiencia. Por otro lado, reflexionando sobre el cuestionario, dice que “en un sistema de salud igualitario, no tendría sentido el CUD”. (E PcDA).

El tema de la discriminación aparece en muchas entrevistas, más allá de que el CUD otorgue el acceso al 4% del cupo laboral. Surgen ejemplos respecto a los concursos laborales. Una persona con baja estatura comenta una situación en un concurso público para ingresar a una concurrencia en un Hospital, donde el psicólogo que conformaba el jurado le pregunta si podía atender chicos. “Aún existen muchos prejuicios”, agrega. Otra PcD y PS comenta que una vez ganó un concurso en su Hospital, pero no le dieron el puesto porque usaba muletas.

En tal sentido, otra participante reflexiona sobre la opción que ejercen aquellos que no tramitan el CUD: “claro, puede ser un tema de desprestigio personal. Conozco una abogada con baja visión que no saca el CUD porque tiene miedo que le saquen su registro de conducir” (E PcDN). Esta misma entrevistada, en su participación en el grupo focal, trae otra situación vinculada a los estereotipos respecto a los trabajos para las PcD.

S1: Hay muchos preconceptos de la PcD siempre quiere vivir de arriba de favores, magueando. Uy, a ver que te quiere pedir. Yo te podría dar ejemplos a patadas. Doy uno cortito así, que me pasó esperando en la puerta del Santa Lucía. Estaba sentada esperando un taxi. C..., te explico a vos que no me ves. Tengo un andador con rueditas. Estaba sentada y había una mesa que tenía unos pañuelitos, carilina. Vi la carilina y no lo asocié. Viene un pibe y me dice: “¿Dos por diez, no?”. Yo lo miro y le digo: “¿Qué?”. “Estos pañuelitos ¿Dos por diez?”. Le digo que no tengo ni idea. Viene la Sra. que manejaba la mesita y le dice: “¿Dos por diez?”. “No, no”. Ahí contesta que lo compraba si lo vendía ella. Es como que todavía esta... (GF PcDN).

Continúa, ante la intervención de un participante que manifiesta “Todavía está el prejuicio”.

A veces me pasa que como no alcanzo el timbre yo suelo pedir a la gente de la calle. Para abordarlos les digo: “¿Puedo pedirte un favor?” Muchos, de antemano, me dicen: “no tengo nada para dar”. Y no le iba a pedir plata, les voy a pedir que me ayuden a tocar el timbre (GF PcDN).

Bajo la mirada de la ideología de la caridad, las PcD aparecen como merecedoras de ayuda social. Pero también surgen otros significados, tal como se refleja en la respuesta de una joven con Síndrome de Down, ante los beneficios del CUD, quien menciona “el pase” y “el acompañante”. Con respecto al tema del pase, su madre había comentado que ella le dice: “vení, que te invito con el pase”, dando cuenta de que para ella representa un recurso propio. Otra joven con Síndrome de Down expresaba: “distintas discapacidades tenemos los mismos derechos, porque todos somos los que somos. Todos los seres humanos tienen derechos” (E PcDN).

La mayoría de las PcD entrevistadas percibe como derecho que los ampara ante discriminaciones que pudieran atravesar. La única excepción fueron los alumnos de la universidad, que no lo quieren mostrar en ese ámbito, como refiere la profesional en el GF.

S4: Desde la Universidad nuestra posición es, que, si alguien llega a los 20 y pico de años, y ya hizo su tránsito por todos los ámbitos y necesita algún tipo de apoyo: fotocopia ampliada, material en braille, y no tiene certificado, nosotros no le pedimos certificación (...) No orientamos si llegó hasta ahí. Si, si quiere la Beca Nacional -que da el Ministerio- sí orientamos. Nuestra posición en la Universidad fue que,

si llegas sin certificado, no orientamos (...) Lo sacamos por Resolución. (GF PS).

Pero como ya fuera detectado en el cuestionario, el tema de la estigmatización ocupa un espacio tan importante como la propia orientación al CUD entre los profesionales de la salud. Ante la situación planteada en el ámbito universitario, otro profesional plantea si eso “aumenta o disminuye la discriminación posterior”.

A1: Un mundo que no necesita nada, porque acá se puede vivir y después ese no es el único mundo...
S4: No un mundo que no necesita nada. Sí dice lo que necesitas, pero no necesitás acreditarlo.
Mo: Se evalúa qué puede tener, la limitación concreta y se determina los apoyos...
S4: Nunca paso que necesitemos evaluarlo. Si el pibe dice necesita fotocopia ampliada, le creemos.
L3: Esto coincide con lo que yo comenté antes (mucho ruido). A ver. A ver. Que necesita la persona, que tipo de ajustes, planificación centrada en la persona
S4: La discusión es en el ingreso, fue decirle todos los posibles apoyos o esperar que diga qué apoyo necesita...
Mo: ¿Lo fueron pensando en sus reuniones de la Comisión?
S4: Sí.
Mo: Grandes debates.
S4: Algunos años les pusimos todos los posibles apoyos. Y algunos te piden todo... (risas).
S4: ...O le poníamos power point accesible. No tenían ni idea de que es pps. accesible. O qué tipo de apoyo necesitan. No tiene idea de la palabra apoyo. Te ponen económico. Algunos ponen quien cuida a mis hijos mientras estudie. La palabra apoyo que para nosotros es fundamental, no es interpretada por todos...
A1: ...Uno baja la guardia. Al fin, acá me la dan. Después va a otra Universidad y lo dejaron desarmado. Como la vida, la vida te da una y te genera otra. A eso voy.
S4: Eso sí. Para viajar gratis, ahí sí, ahí acredita. (GF PS).

El cuestionamiento de que sea amparado “en todo” y “para todo”, también deja descubierto la actitud proteccionista de los profesionales que no piensa que la PcD puede decidir cuál puede ser su uso. En tal sentido, una joven profesional, asistente social, expresa: “yo lo veo como un derecho, yo digo que es parte del “combo” que una persona tiene por su discapacidad (...) No lo pienso

yo, sino es mi apreciación sobre lo que muchos colegas "compran" cuando tratan con una persona con discapacidad. Combo: CUD + pensión". Agrega que, en una reciente presentación sobre abordaje psicosocial en un Congreso, se preguntaba y preguntaba a su auditorio: "¿Podemos pensar cuándo derivar y cuándo no?" (E PS).

S1: Muchas veces es, digamos... La Obra Social te tiene que cubrir a vos todo. Con lo cual depende de donde estés y cuan empoderada este la persona, exige o no exige. Pasa por ese derrotero...a veces hay que aceitar el mecanismo. O presentar amparos para que te cubra. No es solamente un acceso desde lo económico. Obvio que lo económico te limita menos. En realidad, en cuestión de leyes Argentina es de avanzada en eso. Lo que pasa es que la gente que maneja los sistemas, te hace más fácil el acceso o no. Según el empoderamiento que cada uno tenga puede acceder, más o menos dificultosamente. Yo lo que creo es eso, que la Convención pone luz donde había mucha oscuridad, sobretodo en desinformación. Como hablábamos antes, no es lo mismo que le pase al que pierde el brazo en la selva misionera a lo que le pasó a... [nombre de un político]. (GF PcDN).

Mo: Estas situaciones que vimos de servicios, salud, transporte, seguridad social, educación, recreación, turismo... ¿Consideran que el acceso a estos servicios representa un derecho?

Y: Sí. Yo le diría equiparación.

L1: Sí, a ver y acá... No me salten a la yugular cuando empiezo a hablar...Redondeo la idea y me saltan todos... Es un derecho irme de vacaciones. Es un derecho. Está claro. Pero el tipo que pone un centro vacacional, ¿le es rentable pensar en ese 5% de discapacitados que lo van a visitar? Me pongo en el lugar del tipo que va a poner un apart en Santa Teresita. Y piensa que empieza con 5 habitaciones "¿Tengo que armar una de discapacitado? ¿El baño? Estoy obligado". Porque tranquilamente puede decir opto que no entren discapacitados. Y lo opto ¿Por qué hay una obligación? ¿Si hay un derecho, tiene que haber una obligación al derecho? Va de la mano. Que sería como una fuerza física, a igual fuerza, de igual magnitud, pero de sentido contrario... (GF PcDA).

En este grupo resultó controversial el tema del derecho y la obligación, introducido este último por uno de los participantes, quien observa que aplicar el diseño universal puede no ser rentable para un empresario (casualmente él trabaja para una empresa privada). Continúa un largo intercambio con el lugar de la PcD como consumidor y la accesibilidad a los servicios.

El tema del uso del CUD también plantea una gama de comportamientos posibles en el intercambio de los profesionales de la salud.

Mo: Esto sucede
M6: La madre es la que agarra todos los subsidios. No lo quería sacar, pero lo saca igual.
L4: Y la plata no alcanza. Lo que me dan es muy poco.
A1: Lo saco del ámbito discapacidad y de las madres y las personas. Ves. No digo condición humana como visión antropológica. En todo ámbito donde hay subsidios, donde hay beneficios, una gran mayoría lo usa para lo que necesita. El problema cuando se quiere denigrar un beneficio. Lo que pasa en P... "Hay gente que tiene un auto". "Si ya sé y yo tengo un amigo judío". Por el caso anulan el total del beneficio. Esto pasa. Digamos, que cada uno que puede utilizar un beneficio, puede que lo mal utilice. Pero no es condición de la discapacidad sino condición de cualquier persona en situación de tener que pedir un beneficio... (GF PS).

En el GF PS aparece la condición de discapacidad comprendida en la condición humana, respecto a la situación de solicitar un beneficio; a diferencia del GF PcDA, en donde se distinguía el tipo de limitación para tramitar una certificación.

A2: De hecho, en mi experiencia es como se transmite. La idea es un derecho. Podes elegir no entenderlo Para obtenerlo, tenés que hacerlo
M5: Igual. Es tramposo porque es ficticio. En realidad, uno debería tener es derecho sin tener el certificado. Por....
(Hablan todos)
A1: Esto es como el derecho a la vivienda.
M5: Elegir-no elegir. Es como una trampa, en un punto...
Mo: Podría existir esa posibilidad como planteo como el de la Universidad.
S4: Los apoyos que nosotros damos con lo pedagógico. Si empieza a pedir anteojos, no la universidad no tiene por qué darte.
A1: Claro. Un derecho ilimitado, en todo momento y en todo lugar.
M7: Salvo el avión.
L4: No, claro ahora no. Sino... (risas) (GF PS).

En este grupo la tensión entre la orientación y la estigmatización persiste (C).

Se observa que no todos conocen los beneficios que habilita. Se sorprenden y preguntan acerca de los alcances de esos beneficios,

especialmente uno de los médicos respecto al cupo laboral. También en una de las entrevistas, otro médico contó que ante quienes le pedían un informe para la certificación, él le brindaba información que le podía traer problemas con su trabajo. En tal sentido, se observa que los profesionales de la salud pueden tener mayor o menor conocimiento de los beneficios, pero igual participar en los informes que orientan a la certificación, en función de la demanda de sus pacientes.

M7: Yo no sé cómo es el proceso, digamos. Un traumatólogo que atiende este muchacho que le va a amputar la pierna y probablemente tiene un pensamiento acerca de cuánto va a rehabilitar, qué prótesis ¿Es esa la persona que está preparada para dar las bases de lo que va ser ese el certificado futuro de discapacidad? En el frente de las especialidades, uno no tiene idea clara de quien finalmente va a terminar poniendo el sello, de que esta persona está discapacitada en qué porcentaje tiene, cuáles u otras expectativas y requiere...No sé sabe...

(...) Si le sacaste media lengua tiene una discapacidad fonatoria. En qué medida, yo estoy en capacidad de poner el porcentaje. Yo no sé si el informe que dice que le saqué media lengua, le reconstruí con cual o tal procedimiento, la Junta la desconoce y si ayuda o no para determinar discapacidad. (GF PS).

En el GF PS se expresa la ambivalencia al objeto de representación, como un facilitador y como una barrera a la vez. “Arma de doble filo”, expresa un profesional. El temor a la estigmatización cobra forma a través del ejemplo que trae una participante con los estudiantes universitarios con certificado de discapacidad que no lo muestran. También se destaca el valor como herramienta y las posibilidades de cómo hacer uso o no de ella.

D: Como una herramienta, uno puede hacer utilizar o...

L4: Esta buena tu respuesta

M5: Yo también coincido con esto. Es una herramienta que permite acceder, ejercer derechos...Desde mi práctica de trabajo cotidiana, está más ligada al acceso a las prestaciones médicas, más de lo asistencial, no...

D: Todo esto una gama posible

M5: Digamos que algunas no son relevantes al pensar un certificado de discapacidad.

D: Más allá de que uno diga qué es relevante y qué no es relevante.

M5: Por supuesto

M4: Es un arma de doble filo... Es una herramienta muy valiosa que permite un acceso más fácil a estos derechos que estás enumerando acceso a una pensión, a un transporte gratuito, al trabajo. Facilita. Asegura. Por otro lado, es una etiqueta que con la cual la PcD va por la vida. Veo que tiene las dos variantes. Es una herramienta poderosísima a nivel social para reclamar derechos, pero la contraparte....

L3: Tenemos una gama...Este como DNI, que yo particularmente en la práctica cotidiana no veo (risas)... No me dicen ni buen día

M4: Si, es verdad.

L4: Y después esta esté, la estigmatización, la angustia que puede provocar. En el medio esta todo lo demás.

M4: Todo lo demás.

L4: Y lo que vos decís como herramienta, que sería un ideal. Yo este extremo no lo vi nunca... en nuestros pacientes derivados, también jamás...más tirando allá.

S4: Mira vos. Yo lo veo en la Universidad que prefieren decir que no tienen discapacidad por miedo a ser discriminados....

A1: Pero esta no es la discriminación con el dedo sino esta otra discriminación, la autodiscriminación por el imaginario social de la posibilidad de la discriminación. Que es todo un tema... como metete...en el culo. Me va a decir...

L4: Ándate a la mierda.

A1: Como toda herramienta genera derecho de alguien que fue largamente postergado, genera su contracara. Casi diría, no, diría que sea tan necesario como substancial. Es sustancial en la práctica que se avanza en derecho y se genera lo contrario.

Mo: Que genera una tensión...

A1: Esta síntesis, mi síntesis [dirigiéndose a otra participante]. Algo que genera derechos en quienes largamente no los tenía, instala una situación nueva. Es lo de la ruptura epistemológica. Hasta que se instala genera un obstáculo, una situación tensa. Es como si se dijera si hasta ahora las cosas eran de esta manera y esto viene irrumpir. No sabemos todo, por algo este *focus group*. Hay gente que no tiene por qué saberlo y se encuentra con esto, choca con alguien.... El otro tiene que saber que es su identidad y que si no lo está discriminando. En general, eso, genera mucho choque. Soy discapacitado y que, sería....

Mo: Pero sucede este tipo de actitud.

M5: El que lo muestra como DNI, lo muestra de alguna manera como carta de triunfo

A1: Y a veces con esa sensación de triunfo y genera...

S4: Hay que contextualizarlo en qué lugar

L4: Exacto. En la universidad se abstienen de mostrarlo... (GF PS).

Entre el orgullo de la pertenencia como “carta de triunfo” al ocultamiento del CUD, se refleja la gama de actitudes respecto al mismo. El dilema de la diferencia.

L4: Yo no terminé. Empezaba con esa y seguía con los medicamentos en el ámbito nuestro y los viajes.
M4: Los viajes. Es muy, muy fundamental. Les interesa mucho el tema de los viajes.
Mo: ¿El del transporte público o los viajes de turismo?
M4: Los dos, los dos. Están muy relacionados.
A1: Yo creo que hay algunas que son las de la práctica diaria pensión, estacionamiento, recreación y medicación. Y otras que serían como el *desiderátum*. Ojalá que pelearan por el acceso trabajo, estudio porque dice que están en situación La discapacidad es tal, que a veces impide pelear ni llegar a la accesibilidad. Como si tuvieras una canilla y el tipo está tan deshidratado que no puede llegar a la canilla...
M7: Trabajo...
A1: A veces, el certificado no genera ninguna condición distinta...
M7: Está la otra cara. Yo, por ejemplo, tengo muchos ex combatientes que vienen con problemas no relacionados. El tipo está amputado, estuvo en Malvinas, la pasó mal. Tiene un cáncer de tiroides. No tiene nada que ver. El uso...
Mo: El cáncer de tiroides es de hoy...
M7: Pero el uso es parecido. A lo que vos decías del carnet. “Yo soy discapacitado. Tengo que pasar por encima de todo el mundo, mi hija también, no tengo que esperar, aunque puedo esperar sentado cuando no tengo ningún problema”. Esto se ve mucho. Me imagino que es una formación reaccional.
Mo: Pregunto...Dicen ¿Soy discapacitado o soy Veterano y me tenés que atender?
M7: Y depende.
Mo: Pueden usar uno u otro...
M7: Pueden decir una u otra. Alternativamente.
Mo: Para mí es interesante. Las presentaciones, una u otra, cada una tienen su connotación.
M7: Uno lo recibe y lo va llevando, pero la primera actitud es un poco engreída... (GF PS).

Claramente, el conocimiento de la investigadora sobre la población de PcD y de la de VGM conduce a preguntar si existía un solapamiento entre las dos presentaciones o si una primaba sobre otra. Esta actitud altanera que reclama un trato diferencial bajo la condición que los ampara, se expresa en un estilo reivindicativo, sin importar la existencia de otros que pudieran requerir una atención prioritaria.

Posteriormente, otra entrevistada agrega otro aspecto de ese estilo, refiriéndose a quien lo exige desde la gratuidad. “Soy discapacitado y tengo que entrar gratis. El certificado me habilita”. Rico intercambio se da en este grupo de

PS acerca de los significados del CUD como herramienta, hasta alcanzar la connotación de “herramienta de poder”.

L3: Yo también esto lo vivo desde la gratuidad. Soy discapacitado y tengo que entrar gratis. El certificado me habilita...
M5: Y todas las discapacidades, si uno pudiera...Difícil enmarcarlas en un lugar de la ley ¿Todas las discapacidades hacen que tengan prioridad en una caja del banco? ¿O en una cola de supermercados? Digo ¿todas las discapacidades?
M7: Depende de que discapacidad tenga...
L3: Y en qué país estés...
S4: Y de la persona...
M5: Digo como...
M6: Una mujer embarazada que no podés más, que me ha pasado con una panza que no podés más y viene un discapacitado que te pase con la silla de ruedas y te pasa por arriba del pie, mientras los otros chicos te pasan por arriba...
M5: Como hacer para que pueda transformarse como una herramienta, que no tengo que tomar todo, hacer uso lo que uno necesita. (GF PS).

En este intercambio, se cuestionan el tipo de discapacidad y el tipo de beneficio del que se hace uso, lo que confronta con la universalidad del beneficio, y que, en tanto herramienta, pueda usarse para lo que se necesita. De similar modo, había expresado una PcD acerca del uso del certificado.

A1: Falacia del uso del certificado de discapacidad. Esto hace a todo el que tenga una herramienta, como el cartelito del diplomático.
M6: El cartelito del auto bien o mal usado...
A1: Claro. Y que te lo estaciona en cualquier lado...
L3: Es el abuso.
M5: Yo más que el abuso lo llamo que tengo que dar un paso, un paso más de lo cultural. La cultura que se instala y da otra opción. Esto lo tomás, esto no te conviene tomarlo por más que lo tengas. Esto te hace estar incluido en una sociedad.
A1: Para sacarlo del tema de la discapacidad. Sino uno lo asocia al discapacitado es... Lo sustancializa. Lo que otros, de otro modo, hacen lo mismo. El pobre es...Es transformar en algo sustancial y de la persona. Algo que simplemente es instrumental. Cuando me dan una herramienta de poder, en relación a lo que tenía antes, no un poder absoluto. Si me dan poder, seguramente, lo primero que hago es extremarlo...
L3: Es poderoso como herramienta de poder
A1: ¿Qué?
L3: Es muy poderosa como herramienta de poder. La sociedad desconoce el tema de discapacidad. Aparece una PcD da un grito y dan lo que necesita.

M5: Sin nombrar la palabra discriminación (risas)

L3: ¡Por favor! ¿Qué necesita?

M5: Poner las manos adentro de lo... (risas)

L3: ¡Por supuesto!

A1: Por eso digo. La persona con discapacidad con el certificado, el pobre con el... el plan, el rico con el tema de la guita y el autazo, el diplomático... Es decir, todo es condición del ser humano que cuando tiene un algo, que cuando descubre que tiene una posibilidad, la explota. Para bien o para mal, pero la explota...

D: Claramente. Hay que saber utilizarlo...

A1: Exactamente.

D: Utilizarlo dentro de la sociedad. La inclusión-exclusión está dada también por mi actitud.

A1: La sociedad te discapacitó, pero no te preparó como discapacitado. Es decir, no te dio las reglas del buen discapacitado para explicar de como tenés que vivir. Lo vivís como lo vivís... En la parte de psiquiatría que es otro mundo. La discapacidad de acá para abajo es una. La discapacidad de acá para arriba, genera otro modo de concebir la realidad. Todo esto que se dice de la discapacidad, es muy distinto en la discapacidad intelectual y psiquiátrica....

Mo: Pero también es...

A2: Esto es lo que yo quería plantear. Una cosa es la discapacidad que se ve y otra la que no se ve. El certificado de discapacidad funciona de distinto modo. En el caso de la que no se ve, sería ir a mostrar lo que por ahora se puede ocultar. Contraproducente, más cerca de la discriminación. En el otro caso es como de algún modo, habilitar lo que está pasando. No es que me pasa, porque tengo el problema que ustedes ven. Es porque soy un discapacitado. No soy una persona que elegí este tipo.... Ese tipo de cosas se ve. Yo creo que otra de las diferencias enormes, es esto de las discapacidades adquiridas y discapacidad de desarrollo.

Mo: ¿De desarrollo o de nacimiento? ¿De desarrollo? ¿No la pensás como las de nacimiento?

A2: Creo que deben ser más o menos... No creo que haya mucha diferencia. Una cosa es llegar a cierta altura de la vida, crecer con el certificado, que por otra parte gestiono otra persona, y diferente de que algún día tener que tomar la decisión de ir a sacar tu certificado de discapacidad. Dos cosas completamente distintas. Asumirlo como una decisión que tiene que tomar en este caso la persona, porque es un adulto. Tiene que decidir que sí o que no.

M5: Este significante del certificado...

A2: Claro. Incluso cuando hay un trabajo. El temor de si el certificado va a incidir en que siga trabajando o no trabajando. Todas esas cuestiones relacionadas con las pérdidas que puede traer el certificado de discapacidad. Que en la persona que está creciendo, no está. Siempre puede ser un poquito más. Creo que son mundos diferentes. (GF PS).

Esta participante distingue las personas con deficiencia de nacimiento y adquiridas no solo desde la posibilidad de elegir tramitar el certificado, sino también desde la capacidad de elaborar la pérdida. “Creo que son mundos diferentes”, agrega.

Similar a las preguntas que surgen en la medicina narrativa, con la comprensión profunda del médico desde la posición como paciente, esta pregunta coloca al profesional de la salud en el lugar de la PcD que orienta a la certificación.

Uno es parte de la situación que discapacita y es parte bisagra... Uno fue un constructor de ese lazo para bien y para mal. Porque a veces es para bien y a veces, es para bien y para mal a la vez. Porque uno lo hace por lo que tiene que hacer, y a su vez lo instala en un mundo y una serie de miradas que lo sancionan. Lo sancionan en el sentido que lo miran como yo quería que lo miraran. (GF PS).

A2: Personalmente por ahí la experiencia...Es esta idea de transmitirlo como un derecho, cuesta bastante. Presentarlo como un derecho, no como consecuencia de la situación. Algo que vos podés elegir tener o no tenerlo. Y si elegís tenerlo, podés tener estos beneficios. Podes elegir no tenerlo.

Mo: Podés elegir....

A2: Podés elegir...difícil. Es sutil para la persona entender que está en esa situación... Pero si no lo elijo no me dan la prestación...entonces no puedo elegir. Es como tramposo

Mo: ¿Los profesionales pueden también transmitir esto?

A2: De hecho, en mi experiencia es cómo se transmite. La idea es un derecho. Podés elegir no tenerlo. Para obtenerlo, tenés que hacerlo

M5: Igual. Es tramposo porque es ficticio En realidad, uno debería tener es derecho sin tener el certificado. Por....

(Hablan todos)

D: Nosotros, desde Discapacidad, consideramos que ver qué apoyo necesita el discapacitado y brindar lo que necesite. Más aún, para la Obra social es más económico hacer esto que otra cosa, Depende de los estamentos de arriba para aceptar o no los apoyos. (GF PS).

Si bien la presente investigación está destinada a la población adulta, se estimó importante incorporar una pregunta respecto a la población infanto-juvenil, dado que un significativo número de profesionales de la salud de esta muestra atendían ambas poblaciones y marcaban una diferencia en la orientación al CUD según grupo etáreo (C y E). Por otro lado, también aportaba información

para esta distinción inicial entre personas con deficiencias del nacimiento y personas con deficiencias adquiridas.

S4: Para mí el problema en la infancia, hay un punto que el certificado corta, paraliza, infancia y desarrollo.

A2: Si es niño, lo decide otro...

(Mucho intercambio, ruido)

M5: Si bien el certificado es, tiene un gran componente situacional, pide a veces demasiada precisión y pensarlo en un niño, en un adolescente, en alguien en formación (...) es posicionarlo...

A2: Si pensamos en relación con evaluar lo que se pierde si se tiene el certificado, el niño no lo evalúa, porque bueno está perdiendo todo.

M5: Pero lo evalúa la familia.

A2: Es distinto (...)

A1: Esta distinción entre niños y adultos. Hay varias transiciones, que son distintas. No es lo mismo que un niño que un adulto, que un adolescente, que ya tiene una cierta conciencia, una mirada sobre sí mismo sus deseos, sus intereses. Y lo que puede representar o no como portación, sino como una condición posible para realizar lo que sea. Que en el adulto pleno como los ACV. Ya creo que no es tanto el certificado sino la discapacidad que lo coarta. Como el que está en una condición de veterano. Al contrario, uno esta jugado. No hay nada para disimular. En ese caso es todo beneficio. Mayor beneficio. Es una ecuación que va moviéndose cuanto más o menos beneficio, de acuerdo a la edad (...) No solo tema edad. La edad nos lleva a atravesar situaciones corporales, situaciones vitales, situaciones familiares, situaciones sociales que nos van cambiando la representación....

M6: El planteo es por qué la escuela me pide una maestra integradora, si no me dan el certificado, porque el chico se tiene que integrar ¿Qué problema tiene? Un doble juego en el planteo. Si no lo necesita ¿por qué lo tengo que pagar? (GF PS).

Otra profesional que coordina el Área de Discapacidad en una Obra Social bajo la ley 24.901 –con dos mil afiliados PcD- atiende desde niños a personas de Tercera Edad que tienen su certificado, dice que no orienta al CUD “ya que considera que la orientación debe estar dada por la necesidad de la persona y no de la Obra Social”. No obstante, se establece una rica entrevista donde comenta sobre situaciones de su práctica profesional. Por ejemplo, para un niño de 5 años que concurre a un jardín le solicitan 80 hs. de prestaciones de apoyo. Dice que tuvo que fundamentar la denegatoria desde la Convención Internacional de los Derechos del Niño. “¿Dónde queda la vida de ese modo?”, se pregunta. Cuenta otro caso de una persona que practica tenis adaptado. Esta práctica le trae lesiones en las manos y solicita que le cubran el 100% de las

cremas, ya que dice que la negativa de la Obra social atenta contra su integración deportiva. Así como destaca otra pregunta que escucha recurrentemente: “Si no me lo cubre, ¿qué le tengo que decir al médico que me ponga?” (E PS).

Una PcDN y PS comenta que trabaja en un Jardín como psicopedagoga y explica las complicaciones que existen con el certificado: “Hay niños con rasgos de TGD, a quien se aconseja a los padres que realicen tratamientos. Las Obras sociales les exigen la certificación para la cobertura. A nivel simbólico, esta certificación en niños en vías de desarrollo, es muy grave”, agrega: “Parece que se deja de lado la subjetividad. Hay un brote de síndromes TGD. Es un sistema perverso, porque si vos necesitas esos tratamientos te piden el CUD. Creo que se debería acceder con una prestación intermedia”, propone. (E).

Mo: ¿De qué modo incorporaron en sus prácticas la orientación a la certificación?

S4: Particularmente en mi caso mientras trabajé en la Obra Social, era un requerimiento para acceder a las prestaciones...

A2: En prestaciones de Salud, es muy obvio que uno lo sugiere porque no podría acceder a algunas prestaciones. La persona de lo contrario, viene a pedir prestaciones porque no estaría en condiciones de pagar en forma privada. Ahí que uno sugiere que haga amparos y esas cuestiones... (Risas).

S4: En el Ministerio de Salud había una fotocopia –se la voy a traer a C [nombre de la moderadora]...- que decía: “Si no tiene discapacidad, no insista, no le vamos a dar el certificado” (muchas risas)

L3: Nosotros en el club lo exigimos para lo que tiene que ver con la parte económica. Para ingreso a la cancha. Estas cuestiones. Pero si no vienen y piden apoyos...y nada (...) Solo por la cuestión económica. Para el estadio o no pagar la piletta.

A1: Uno dice si en algunos casos se considera, “es mi documento de identidad” y bueno el documento te lo piden en cualquier momento, ¿por qué se lo tenemos que pedir nosotros? Si no hacemos discriminación positiva con el prejuicio para no marcarlo o para marcarlo como persona con discapacidad: “pobrecito, como le vas a pedir”. No sé. Uno quiere hacer bien con eso, pero no sé si engordamos esta imagen del pobrecito. Porque uno a un otro –que también puede tener sus cosas, sus mambos y situaciones- le pedimos el carnet de piletta, que sé yo... (risas)

D: Una cosa como médico y otra en P [obra social].... Son dos cosas distintas (...) Y que van a necesitar esos informes para solicitar las cosas que van a necesitar...

S4: A mí me pasó. Una madre me dijo le pusieron un 66% y él necesitaba el 77% (risa)

M7: Ahí está el problema. El 77% (Mucho ruido, hablan todos) ... En qué medida, yo estoy en capacidad de poner el porcentaje...

D: Hay una desconexión...

M7: Hay una desconexión con el frente clínico (Hablan todos) A su buen saber y entender... (GF PS).

Una profesional que trabaja en un club social y deportivo en el acceso a la participación saludable refiere, ante la pregunta de caracterización de su práctica con relación al CUD, que “orienta a personas con limitaciones funcionales que participan en actividades societarias al certificado de discapacidad” (rechaza el término paciente y/o afiliado por ser muy médico). “Es un tema el de las denominaciones”. También agrega que no deriva, sino que “sugiere” que saquen el CUD para el acceso al estadio. Advierte que a algunos no les interesa el certificado, pero sí usar el espacio accesible. Cuenta que una mujer siempre venía al “espacio accesible y visible”, pero nunca había sacado el certificado. Cuando cambia la gestión, se exige por un tema de cupo. Es así que lo sacan para ingresar al estadio. Agrega que, desde hace ocho años, la mayoría de los clubes grandes incorporaron el requisito del CUD para el ingreso a este espacio. “Vamos marcando vanguardia”, agrega. También solicitan consentimiento informado. “No entra ningún menor con discapacidad si los padres no firman”. Continúa ejemplificando situaciones que acontecen en este ámbito: “había otra persona con discapacidad -que por venir con respirador- se le daba dos lugares más para el acompañante. Al tiempo, advertimos que vendía las entradas. Cuando se le puso el límite, me escracha por todos lados”. Agrega: “la gente tiene mucho miedo al costo político de la discapacidad. Muchas veces amenazan con: ‘te paramos todo con las sillas de ruedas. Algunas personas están acostumbradas de vivir de la discapacidad’. Con respecto a las barreras de tramitar un CUD, responde que más que un certificado, una “discapacidad no visible” puede traer dificultades. “Acá, como es discriminación positiva -vinculado a lo económico y físico-funcional- se juegan otras cosas. Fíjate, los ciegos nos dicen: ‘dame un lugar que vea bien’”, donde el ver está referenciado al percibir (E PS).

Una asistente social expresa: “todas las personas que llegan a la certificación, van con una estrategia que se arman por problemas de salud o económicos, sea por la cobertura de medicamentos, por el libre estacionamiento

o lo último, el pago de servicios. Hay un mix de cuestiones que se juegan”. (E PS).

Una persona que presenta doble carácter como PcDN y PS expresa que en su trabajo se enfrenta a los estereotipos de las personas que vienen a solicitar empleo. “Les explico los beneficios de tenerlo, que es como una tarjeta de beneficios” (E).

Un psicólogo reflexiona: “la certificación como derecho es habilitadora, con esta puede tener un empleo, puede viajar, etc.” (E PS). En tal sentido, los alcances del CUD buscan reflejar la habilitación o inhabilitación que puede experimentar el sujeto con su tramitación o su uso.

1.5-Alcances del Certificado de Discapacidad/CUD

La mayor barrera observada para tramitar el CUD está relacionada a las consecuencias laborales que podría ocasionar y que también fue planteada por algunos de los profesionales de la salud entrevistados, como se ha mencionado anteriormente.

“Buenos días: soy empleado municipal, mi tarea es administrativa, tengo temor de que al pedir certificado de discapacidad (sufro EPOC severo) el gobierno de la ciudad que es donde debo hacer el trámite , me jubile por invalidez ,aunque mi afección no me impide cumplir con mis funciones .Gracias”(Alejandro, 2015). (MC).

Esta preocupación acerca de la tramitación del CUD, tanto como una barrera para el sostenimiento de un puesto laboral o como precipitación de una jubilación no deseada, se observa en otros mensajes.

Que porcentaje de discapacidad le corresponde a un trasplantado cardíaco, por ley puede seguir trabajando si la certificación médica, lo respalda o si o si debe jubilarse por discapacidad. DE ser así que tiempo tardaría para salir el trámite” [sic] (Boskovic, 2016). (MC).

Hola, mi consulta es porque soy operado del corazón producto de un infarto agudo y tengo colocado 3 Bypass, quiero saber si puedo tramitar el certificado de discapacidad por lo comentado y si no afecta mi trabajo actual, quiero saber que beneficios tengo. No quiero perder mi labor por ser despedido por incapacidad o que me quieran dar una jubilación por el motivo mencionado, yo quiero trabajar, hay impedimentos que la empresa o algún estamento del gobierno que

disponga que no puedo seguir trabajando? gracias [sic] (Omar, 2015). (MC).

El administrador orienta presentando la alternativa de no presentar el CUD en el trabajo, superando la barrera laboral que podría atravesar. También señala que la persona es quien decide tramitar una jubilación por invalidez.

“Ante todo, usted tramita el certificado de discapacidad y puede o no presentarlo en su trabajo. Si debe presentarlo en su obra social para tener cobertura del 100%. Y por último, la decisión de jubilarse por invalidez le corresponde a usted y no al empleador” (Administrador, 2015). (MC).

Para saber si le corresponde, debe realizarse la junta médica que es quien en definitiva decide si le corresponde el certificado. El mismo sirve para una cobertura integral de las prestaciones de salud. Con respecto a la seguridad laboral. No tiene por qué informar a su trabajo que se realizó el certificado de discapacidad, no es obligatorio (Administrador, 2015). (MC).

La mayoría de las preguntas son acerca de los beneficios, relacionadas fundamentalmente con la adquisición y el uso de transporte (autos, moto, avión), subsidio para el pago de servicios públicos, vivienda y espectáculos. También se detecta acerca de los alcances en la cobertura de salud, pero en menor medida.

Salud

“(…) Teniendo el CUD puedo exigir a mi obra social que cubra los gastos de las cirugías reconstructivas de mi boca con el especialista que yo decida???? Es de vital información gracias” [sic] (Lucila, 2016). (MC).

“Si se lo prescribe el médico no debería tener problemas en adquirirlo. Debería solicitar una prescripción médica si es posible por un médico de la misma OS para no tener problemas” [sic] (Administrador, 2016). (MC).

Transporte

“Hola,poseo certificado de discapacitado,estoy interesado en comprar un Audio A4,queria saber su valor o a donde tengo q dirigirme para saber más información” [sic] (Martin,2016). (MC).

“Buenos día Martin, la compra a través del régimen de discapacidad esta tercerizada por un gestor externo, te paso sus datos para que te comuniques con él directamente. Gestor: C.... Saludos V...” [sic] (Audi Lenken, 2016). (MC).

“Comentar...kiero saber como tengo que hacer para comprar una moto o un auto en cuata” [sic] (Baruque, 2016). (MC).

“Para poder hacer uso de los beneficios de discapacitados, (o sea sin impuestos), sólo podrá comprar vehículos línea baja, no alta categoría, y con el resto del dinero en efectivo. No se permiten motos “para discapacitados!!!” Las leyes están en nuestro sitio... [sic] (Administrador, 2016). (MC).

“hla buen dia yo quiero saver si teniendo el certificado de discapacidad tego derecho de estacional en cualquier parte gracias” [sic] (Griseda, 2015). (MC).

“Hola
No, el certificado de discapacidad le da derecho a estacionar en muchos lugares, pero alguno siguen siendo prohibido. Por ejemplo. Avenidas del lado derecho. Rutas. Estacionamientos pagos. bocacalles, tapar accesos para discapacitados, garage, etc. Gracias por comunicarse, quedamos a su disposición” [sic] (Administrador, 2016). (MC).

Hola! En marzo vuelo a Europa con un acompañante. Tengo certificado de discapacidad, tienen idea si los viajes en tren son gratuitos para discapacitados? Porque hasta ahora no encontré información. Sería en Italia (Florenia-Roma) y Francia- Bélgica (París y Bruselas, y desde Bruselas a Gante, Brujas y Amberes). Muchas gracias [sic] (Theskyiscrying, 2015). (MC).

“Hola, quisiera hacerles una consulta, mi esposo tiene certificado nacional de discapacidad (Argentina) y el de estacionamiento libre. Esto se puede utilizar en Orlando y Miami? Hay algún trámite que deba hacerse para utilizarlo en Estados Unidos? Por ejemplo acá en Argentina presentando el certificado no paga peajes ni estacionamiento. Muchas gracias!” [sic] (Pompei, 2016). (MC).

“Consulta Dra. ..., el CUD permite acceder gratuitamente a paseos turísticos privados, como por ejemplo el de las lanchas o botes en Cataratas del Iguazú, O solo es gratis para transportes, atención de salud y demás. Mi duda es lo privado” [sic] (Gómez, 2016). (MC).

“Buenas noches me gustaría saber si puedo sacar pasajes desde retiro a Florianapolis Brasil soy discapacitada y tengo él certificado y el pase correspondiente. Desde ya muchas gracias” [sic] (Ema, 2016). (MC).

“cuantos viajes por año son?” [sic] (Matias, 2016). (MC).

“son ilimitados, y te lo dan en el momento, ida y vuelta, por ley!!” [sic] (Juan Ignacio, 2016). (MC).

Necesito sacar dos pasajes en avion ida y vuelta con el certificado de discapacidad yo y mi acompañante (...) dónde debo acudir? Como podran inferir mi discapacidad es motriz y no cerebral, secuela de artrogriposis multiple y prótesis bilateral de cadera. Alguien me puede asesorar o debo recurrir al INADI? [sic] (Dozo, 2016). (MC).

Hola;El decreto 38/04 claramente dice “transporte terrestre”, o sea, no incluye al avión. Ahora si, si en el CUD tenés el código para “aéreo” y el médico recomienda que viajes en avión, es la obra social la encargada de dártelos...Saludos [sic] (Giulani, 2016). (MC).

Vivienda

“Quisiera saber si desde el momento de obtener el certificado de discapacidad es real la posibilidad de que cuando existen deudas por prestamos hipotecarios o personales el saldo de la deuda deberia ser cancelada...gracias” [sic] (Julio, 2015). (MC).

“No señor, las deudas se cancelan automáticamente acorde al contrato firmado con antelación. Generalmente los préstamos caducan sólo ante la muerte del deudor. Muchas gracias por contactarnos” (Administrador, 2015). (MC).

“estimado yo tengo esclerodermia sistematica, tengo un terreno y quiero construir mi casita sera que me ayudan con un prestamo de 10.000 dolares.gracias” [sic] (4ms, 2016). (MC).

(...) ayer nos otorgaron el CUD estamos bastantes desorientados gracias a Dios eso nos permite acceder a las actividades y médicos q necesita mi consulta es si tenemos algún beneficio a nivel vivienda ya q alquilamos y nos llevo la data de q es posible tramitar algún tipo de ayuda parcial para el alquiler eso es posible o alguna posibilidad de acceder a una vivienda? Muchisimas gracias! [sic] (Mara, 2016). (MC).

Acceso a clubes y espectáculos

“Hola, quería saber si los acompañantes de los discapacitados abonon entrada para espectáculo de futbol o solo la mitad, y que lugar del estadio le deberían dar, platea o popular. Desde ya muchas gracias y disculpe las molestias” [sic] (Mateo, 2015). (MC).

“Si el certificado de discapacidad dice expresamente que la persona discapacitada requiere de acompañante, entonces tiene los mismos beneficios que el discapacitado, tiene acceso gratuito a los partidos de fútbol al área asignada para las personas discapacitados

exclusivamente. Muchas gracias por contactarnos” (Administrador, 2015). (MC).

“Dra. tengo una duda, si el beneficio de los espectáculos gratis rige para todos los eventos en todo el territorio nacional. y si en caso de ser así cuando es con acompañantes tiene el mismo beneficio que el discapacitado. ya que en varias oportunidades fui al cine con mi hijo y me cobraron la entrada al acompañante desde ya muchas gracias” [sic] (Miño, 2015). (MC).

“A mi también en todos los cines hoyts de la ciudad de Córdoba a pesar que el certificado de discapacidad de mi marido dice que se incluye el acompañante ellos hacen pagar al acompañante. Donde se puede denunciar esta avivada? [sic] (Karina, 2016). (MC).

“Los espectáculos organizados por empresas privadas, no están alcanzadas por la gratuidad ni para las personas discapacitados ni a los acompañantes” (Administrador, 2016). (MC).

“Buenas, quisiera saber si el certificado de discapacidad permite al paciente ingresar a los clubes sin pagar cuota para hacer deportes. Gracias” [sic] (Martín, 2016). (MC).

“No, no sirve para eso” (Administrador, 2016). (MC).

Exención de pago de servicios

Hola, buenas tardes (...) Aparte de la atención sin límite para cubrir todo el tratamiento, que otros beneficios me corresponde??? Peajes, excepción de pago de ganancias, algún porcentaje de sueldo x la discapacidad demo hijo ya que esta a cargo mío, excepción de pago de impuestos como Municipal y Arba? Les agradecería infinitamente sus respuestas. Saludos Cordiales. [sic] (Martín, 2015). (MC).

La discapacidad auditiva no requiere uso intensivo de los servicios de energía eléctrica y gas natural. Por tal motivo no será fácil que las empresas se lo autoricen. Sería similar a requerir un libre estacionamiento para usted. La discapacidad auditiva no lo amerita. Quedamos a su disposición [sic] (Administrador, 2016). (MC).

Estos mensajes expresan expectativas altas respecto al CUD, tales como cancelar el saldo de la deuda hipotecaria, estacionar en cualquier lado, cubrir los recorridos de trenes en Europa; si los clubes y los paseos turísticos son gratuitos, otorgando un carácter inagotable al objeto de representación. Se vislumbra una actitud onnipotente vinculada a la portación del CUD, que en momentos parece abrir puertas ilimitadas. En estos ejemplos, también se observa

un administrador del Foro que intenta moderar con su respuesta entre los límites de lo público y lo privado, entre lo infinito y finito de los beneficios como lo expresan los propios interlocutores contemplados en el CUD. Por último, seleccionamos esta respuesta de un administrador de un Blog que enumera, como él mismo expresa, “infinidad de beneficios”:

El CUD tiene infinidad de beneficios. El más importante, es que “obliga” a las Obras Sociales y Prepagas a dar una cobertura integral. Además, se puede con él, trámite mediante, libre tránsito en los medios de transporte terrestre, tanto para la persona afectada como para su acompañante si el CUD así lo indica. Compra de un vehículo sin pagar la parte impositiva, aproximadamente un descuento del 27% en los nacionales y cerca de un 50% en los importados. Símbolo de libre estacionamiento para un vehículo. Mayor monto en la Asignación Universal por Hijo. Acceso a una pensión no contributiva. Y algunas cosas accesorias como prioridad en la atención de instituciones bancarias, instituciones oficiales, y privadas. Libre entrada (limitada a cupos) a espectáculos públicos organizados o auspiciados por organismos oficiales. etc. etc. (Administrador, 2016). (MC).

En tal sentido, esta respuesta recuerda lo expresado por el IC respecto a las diferentes respuestas ante la orientación a la certificación: “y otros, se sorprenden enormemente cuando advierten las posibilidades que abre. Muchas veces, hay que venderles el producto (...) Hay que venderles el producto, no que van a salir a la calle con un cartel ‘soy discapacitado’”. (E IC).

Si bien algunos entrevistados relacionaron el acceso a la diversidad de beneficios a un tema de compensación, fundamentándolo en que las PcD tienen mayor gasto que las personas sin discapacidad, se observa que algunas expectativas respecto al CUD exceden el apoyo necesario para superar las barreras que, por su singular limitación, enfrentan en la vida cotidiana.

Análisis de los aspectos metafóricos retóricos del discurso

Una de las dimensiones axiales para el estudio de las representaciones sociales, que es la que se resume en la noción de objetivación, en lo que hace al núcleo figurativo en especial, puede sostenerse que consiste en una ficcionalización que transforma el contenido más abstracto de la teoría o prototeoría (Basabe & Páez, 1992) en la que se sustenta la representación estudiada. Podría decirse que, en la representación social que produce y reproduce una comunidad acerca de un objeto social dado, hay un nivel más abstracto, del que da cuenta un eslabonamiento particular de argumentaciones, en las que queda formulada dicha teoría del sentido común acerca de su objeto. Y otro nivel, que es el que puede calificarse de figurativo o ficcional, que tiene como núcleo un argumento. Vale decir, un despliegue discursivo del orden del relato.

Con una modalidad de trabajo cercana al estilo de los investigadores franceses, Billig (1987), de tradición anglosajona, sostiene, no obstante, algunas diferencias con los autores más canónicos de la escuela de las RS. Si bien considera que el concepto de RS es uno de los más controvertidos que ha formulado la Psicología Social en las últimas décadas y que ha sido usado en forma inconsistente, entiende que, al mismo tiempo, ofrece la oportunidad de aproximarse a una serie de problemas que estarían ubicados en el entrecruzamiento de la Psicología y otras Ciencias Sociales, de ahí su fecundidad. Desde su posición, plantea, entonces, una Psicología Discursiva de claro sesgo retórico para el estudio de las RS. Para este autor, el análisis retórico sería un mejor modo de aproximación al concepto, al entender esta estrategia como especialmente apta para estudiar la vida social –justamente, lo que se intenta investigar-, que tiene características retóricas.

Ya, en la época clásica, la posición retórica sostenía que al pensar se está argumentando, de manera implícita o explícita, con uno mismo o con los otros. El autor coloca en un lugar central la dimensión argumentativa del pensamiento, pues considera que no ha sido valorada adecuadamente por los científicos sociales, ni en las teorías cognitivas, ni en las teorías sociales. Cabe señalar que no utiliza la

palabra retórica de modo denigratorio, para oponer un pensamiento lógico o sustancial a un pensamiento vacío.

Si se trata de conocer el pensamiento social, para Billig, no debería dejarse de lado a los seres de carne y hueso que son los que piensan. De ahí, sus críticas metodológicas a la encuesta y, en general, al uso de instrumentos de medición fijos, justamente porque las RS son un fenómeno intrínsecamente fluido; son móviles, circulantes y plásticas. Es así que propone la importancia de los dispositivos grupales que permiten pasar de lo monológico a lo dialógico, enfoque propuesto también por Marková (2003) quien afirma que el sentido se genera en la capacidad de hacer distinciones y pensar en oposiciones o antinomias. El discurso amable no es productivo para conocer el pensamiento público porque allí se ensaya lo que ya es conocido, las frases hechas; en el discurso argumentativo, en cambio, habría un elemento impredecible, porque buscando persuadir se está argumentando por un punto de vista y contrarrestando los puntos de vista de los oponentes.

Ya se ha dicho que, en el núcleo central de las RS sobre el CUD, se encuentra el diagnóstico de enfermedad, proveniente del modelo médico. La discapacidad se asocia con lo permanente, con la deficiencia y su diagnóstico médico, por lo que requeriría un CUD también permanente.

En todo caso, puede afirmarse que, junto a las RS hegemónicas acerca del CUD, hay otras que lo convierten en foco de controversia, por lo que se genera debate acerca del significado de portar y utilizar el CUD entre los participantes de esta investigación. Como modulaciones periféricas se encontraron dos principales:

1) la situación de discapacidad que contempla las barreras contextuales de una condición de discapacidad, basado en el modelo social y afirmado en la CDPD.

2) una RS acerca del CUD que sostiene que una condición de salud no deviene necesariamente en discapacidad -en función de la percepción que se tenga de ella- por el fuerte efecto preformativo de la nominación que conlleva esta certificación.

En esta dualidad oratoria, donde se argumenta a favor o en contra del objeto de la representación, se discute acerca de las categorías en las que insertar lo desconocido. Las posturas, en términos de controversia pública, se insertan, unas en el modelo médico y otras en el modelo social, aunque las primeras coexisten de algún modo.

Los aspectos positivos, habilitadores respecto del CUD, se entrecruzan con otros que exponen su peor cara: el estigma. A la vez, las discusiones sobre nominaciones y autodesignaciones parecen depender de la autodeterminación, la capacidad de decisión.

En la perspectiva de Basabe y Páez (1992), podría intentarse “una prototeoría del sentido común” para las personas con discapacidad, como sigue: obtener y utilizar el CUD es altamente positivo, cuando la persona puede decidirlo, de este modo otorga derechos; caso contrario, puede tornarse estigmatizador. Además, se corre el riesgo de que se abuse de él, otorgándolo a personas que simulan, que no lo necesitan.

En relación a los profesionales de la salud, quizá su prototeoría pueda ser la siguiente: orientar y/o firmar informes que orientan a un CUD no es tarea sencilla, porque algunos se sienten solo como bisagras que habilitan, mientras que otros se niegan a hacerlo para evitar la rotulación de personas con discapacidad. A pesar de ello, unos y otros, desconocen demasiadas cuestiones.

Cuando la Psicología Social se interesa por la retórica, en el estudio de las RS, necesariamente recorre lugares comunes, las frases hechas, ya mencionadas, pero atiende especialmente los aspectos metafóricos del discurso (Malfé, 1994; Robertazzi, 1999). También presente en la retórica clásica, la metáfora es un tropo que identifica realidades semejantes, desplazando el significado con un afán estético.

Las metáforas posibilitan ampliar el significado de distintas lógicas de los participantes. Se establecen vinculaciones entre metáforas y contextos definidos, ya que aporta una riqueza de significados que amplían el análisis y la comprensión del problema estudiado.

Tabla 10

Análisis de metáforas

Bajo el nombre de foco capital se agrupan aquellos vehículos que realizan la metáfora conceptual del certificado de discapacidad como un capital social y simbólico, proyectando diversos niveles de implicación	“Abre puertas”, “una llave”, “una herramienta necesaria”, “una herramienta más”, “LA herramienta”, “herramienta de identidad”, “herramienta de poder”, “EL recurso” “parte del combo”, “puente para otros derechos”, “Carta de triunfo”, “desiderátum”, “canilla”, “tarjeta de beneficios”, “Infinidad de beneficios”, “DNI”, “pase”, “prioridad”, “amparo super importante”, “da un lugar”.
Otra familia de foco metafórico fue categorizada como la rotulación donde se proyecta la marca impuesta del CUD	“sello de que sos discapacitado”, “sello de lo que no podés”, “etiqueta”, “la vara de la normalidad”, “Máxima de San Agustín” (así como las reglas para demostrar pobreza hay que demostrar discapacidad), “Soy una reina bajo la lupa”, “si yo me quedo con la mirada del otro, no crezco”, “arma de doble filo”, “Caí en el certificado”, “pelean con el certificado como DNI”, “atrapada en ese certificado”, “el papelito”, “se quiere correr del certificado”, “poniendo el sello”.
Con menor frecuencia aparecen otros focos metafóricos que expresan la visión de la herramienta de evaluación	“radiografía de la vida cotidiana”, “película de la vida cotidiana”, “lo legal como cartografía”.
Con relación a los problemas en las funciones y estructuras corporales	“No me va a crecer”.
Con relación a la CDPD	“La CDPD es mi Biblia”, “pone luz donde había mucha oscuridad”.
Respecto a la pertenencia a asociaciones	“Remar juntos por los derechos”.
También se detecta otro foco metafórico donde se proyecta el rol relevante de los profesionales en la tramitación de la certificación	“Parte bisagra de la situación que discapacita”, “constructor de ese lazo”, “soy sociedad representante” y “vender el producto”.

Análisis gráfico de los significantes

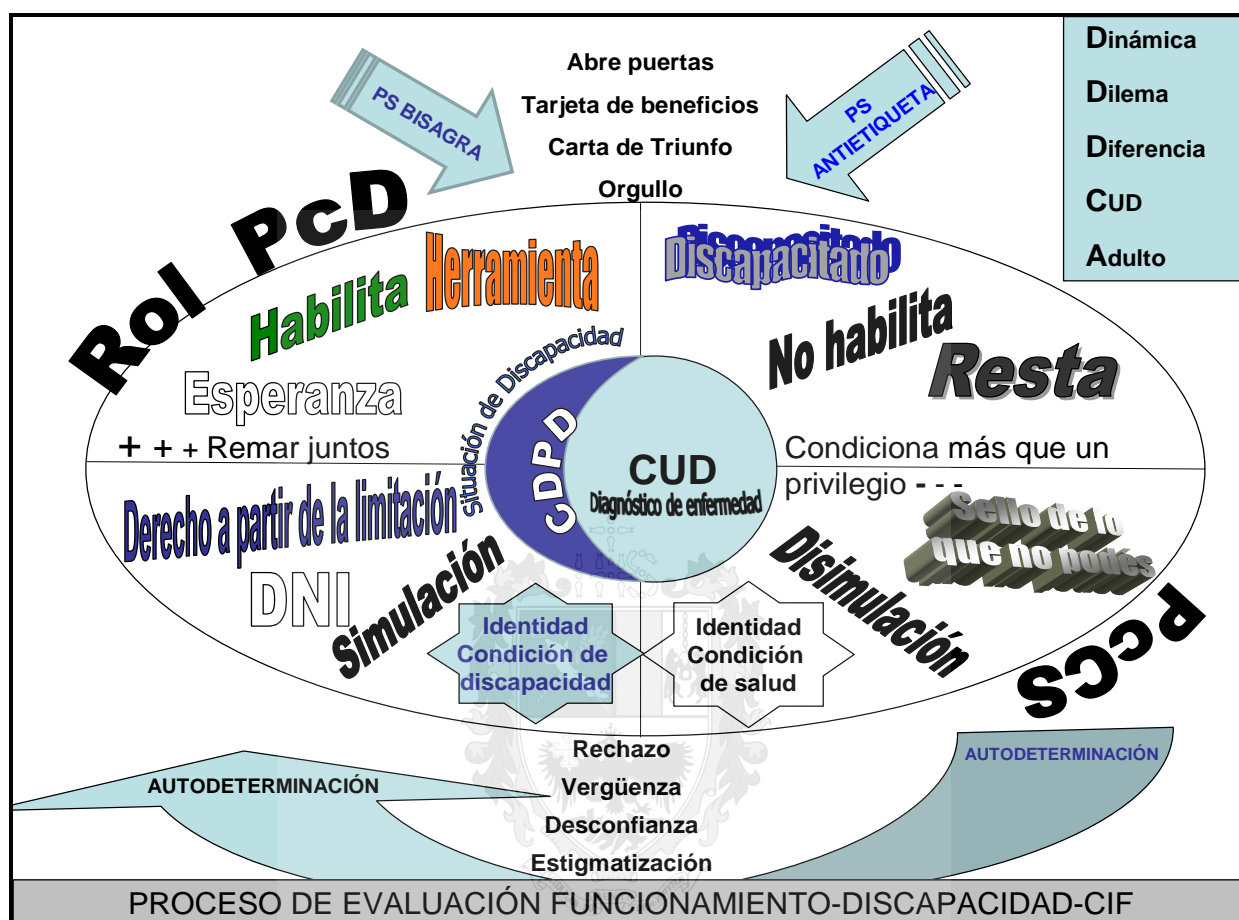


Figura 24. Análisis gráfico de los significantes

Fuente: Elaboración propia. Adaptación técnica utilizada por Friedman (2002, citado por Araya Umaña, pp.76-78)

CAPITULO VII. DISCUSIÓN

Esta investigación tuvo como objetivo explorar y analizar las RS acerca de la certificación de la discapacidad que circula discursivamente en las personas con deficiencia de nacimiento y con deficiencia adquirida -con o sin certificado-, en los profesionales de la salud relacionados con su atención y en los medios de comunicación (gráficos y digitales) pertenecientes al ámbito de RMBA.

El interés de este estudio residió en identificar las diferencias que pudieran encontrarse en las representaciones sociales del certificado de discapacidad entre personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales de nacimiento y adquiridas, entre quienes lo tramitan y los que no; entre los profesionales de la salud que orientan directa o indirectamente a la certificación de discapacidad y los medios gráficos y digitales que tratan el tema.

A partir de la primera inmersión en el campo, se pudo formular la hipótesis de trabajo que, posteriormente, fuera reformulada, al finalizar la segunda etapa, del siguiente modo:

La Representación social de la certificación de la discapacidad es habilitadora cuando es experimentada como decisión por las personas adultas con deficiencia, como herramienta de acceso a derechos que facilitan la inclusión en la vida cotidiana, promovida por los profesionales de la salud que orientan a dicha certificación, junto a la información que los medios gráficos y digitales brindan en tal sentido.

A continuación, se discutirán los principales resultados de la presente investigación respecto a los objetivos e interrogantes investigativos planteados.

Una de las primeras preguntas que orientó esta investigación fue si existían diferencias en la construcción de las RS acerca del CUD entre las personas con deficiencias de nacimiento y las personas con deficiencias adquiridas. Esta distinción respondió a los criterios propuestos por Devenney (2004) respecto a las diferencias en las trayectorias de vida de las PcD desarrolladas en circuitos especializados o inclusivos. A lo largo del curso de este estudio, esta distinción no aportó datos relevantes, tal como lo plantea el citado

autor para las RS de la discapacidad, dado que el CUD representa un “abre puertas” sin distinción para aquel que decida tramitarlo respecto al beneficio que se pretende alcanzar.

La capacidad de autodeterminación (Shalock y Verdugo Alonso, 2001), que fue uno de los criterios de exclusión para la conformación de la muestra, aportó datos distintivos respecto a los objetivos propuestos, tanto entre aquellos que deciden tramitarlo como los que no, o por la edad en que se lo tramita.

De este modo, se detectó que la mayoría de las PcDN y las PcDA en temprana edad deciden tramitarlo siendo adultos jóvenes, sea para la adquisición de un auto, para tramitar el cupo de empleo o la cobertura de salud. De esta forma, fue que no se encontró dentro de esta muestra ninguna PcDN que no hubiera tramitado el CUD. “El certificado otorga derechos” –como manifestaron varios participantes- y así es percibido por quienes deciden tramitarlo, sea el uso que se le dé al mismo, reconociéndose como sujetos de derechos. En tal sentido, es posible acordar con De Pena y Silva (2017), quienes expresan:

El énfasis está en resituar la calidad del sujeto de derechos, rescatando la centralidad de la persona en la toma de decisiones. Desde una perspectiva bioética podemos aportar a ese proceso de resignificación en el proceso de toma de decisiones en el campo clínico repensando las nociones de competencia-incompetencia, capacidad–incapacidad (pp.102-103).

Se estima importante destacar este aspecto, dado que diversos autores abordan el vínculo entre discapacidad, biomedicina y Estado acerca de las relaciones de dominación bajo el biopoder desde una perspectiva teórica foucaultiana, sin observar la capacidad de autodeterminación (Ferrante, 2009; Ferreira, 2007; Ferrante y Ferreira, 2011; Núñez González, 2014; Rosato y Angelino, 2009). No obstante Foucault (1984), sin dejar de señalar que existen campos de dominación, expresa que “las relaciones de poder son móviles, reversibles e inestables” y que “si existen relaciones de poder a través de todo el campo social es porque existen posibilidades de libertad en todas partes” (p. 126-127). De este modo, Stuart Hall (2003) plantea que las prácticas de libertad son las que impiden que el sujeto se convierta en un mero cuerpo dócil, más allá de los campos de dominación existentes con los que continuamente interactúa.

La capacidad de decisión también aparece en las PcDeA que no tramitan el CUD, quienes expresan que portar un certificado les generaría una “vivencia negativa” o “limitación subjetiva”. Por otro lado, aparece insistentemente la cuestión ética, los sentimientos de vergüenza, desconfianza y estigmatización que les genera la tramitación, por parte de algunos, que sin limitación significativa -según ellos- lo tramitan solo por el acceso a los beneficios. Esta cuestión ética parece transformarse en una barrera para que ellos puedan pensar la tramitación o el uso del CUD como una alternativa para sí mismos.

Por otro lado, se detecta que la representación de tramitación impuesta, que pesa sobre un niño o un adolescente, no es la misma que pesa para el adulto con capacidad de autodeterminación. No solo porque los padres deciden por él, sino también por la intervención de los propios profesionales mediatizada por el requerimiento de una obra social, tal como sucede en los últimos años en RMBA. En tal sentido, Brogna (2012) plantea como esa “precocidad en los diagnósticos tempranos limitan o impiden la proyección temprana como uno de nosotros” (p.161). Se presenta la posibilidad de brindar acceso a una cobertura que de otro modo no se piensa posible, pero en donde ellos mismos están implicados por ser parte de esa cobertura. Esa intervención posiciona al niño bajo un nombre y es contrapesada por los propios profesionales, desde la consideración temporal que plantea el CUD para su renovación.

Asimismo, puede rastrearse una representación de mayor beneficio proporcional a la edad del que lo tramita y otra restringida a la limitación de ejercer la capacidad de autodeterminación, como sucede en personas con limitaciones cognitivas severas. Respecto a la capacidad de discernimiento, se distingue al adulto con deficiencia adquirida, suponiéndole una capacidad mayor para elaborar la pérdida funcional y/o estructural y poder decidir tramitar el certificado como un apoyo.

Se acuerda con Ripa (2014), quien señala que para las PcD es crucial esta “migración del discurso de la dádiva al discurso de los DDHH”, que “aporta una novedad en el reconocimiento identitario al verse como sujeto de derecho y esta nueva manera de verse produce una actitud de dignidad de tal importancia que recién comenzamos a vislumbrar sus posibilidades” (p.75)³⁹

Otro interrogante de este estudio fue cómo se percibe a sí misma la persona con deficiencia que certifica o no su discapacidad.

Se observa que las PcD se reconocen como sujetos de derechos bajo un CUD que los identifica, mientras que las PcDeA expresan que la enfermedad puede no ser vivida como discapacidad. Basan esta afirmación también en su capacidad de elegir aquello que los habilita en su comportamiento, más allá del condicionamiento del medio. Esta diferencia parece reflejar una identificación con la condición de salud desde el aspecto positivo, desde el funcionamiento que perciben que poseen, desde las actividades que realizan. Pero, por otro lado, la insistencia en el condicionamiento de los otros parece alcanzar otro significado, tal como que la enfermedad podría llegar a cronificarse y condicionar un comportamiento. De ahí, las estrategias que utilizan para que esto no suceda, implicando “una fuerza”, “un ajuste”, una exigencia de trabajo ante una condición de salud que es vivida negativamente.

La mirada del otro ocupa un lugar significativo respecto a las definiciones de uno mismo, constituyendo la evaluación de la certificación otro momento donde se juega esta mirada con la “vara de la normalidad”. Frente a los intensos debates académicos sobre los efectos del par normal-anormal como categorías absolutas impuesto a las PcD bajo el criterio biomédico, es interesante observar otra población como la de deportistas de alto rendimiento que están tan o más expuestos a estos criterios por no cumplir con los parámetros rigurosos establecidos para la competencia. Dice Skliar (2015) que “habría que combatir ese par nefasto, asumiendo la interioridad de una diferencia que pide un gesto de reconciliación. La normalidad no es nada, ni es nadie el normal” (p.184).

Es posible relevar diferencias significativas en las representaciones sociales de aquellos que ejercen el rol de PcD desde una práctica social habilitadora del CUD y los otros con una vivencia negativa e inhabilitadora, expresada por las PcDeA, respecto al CUD. De este modo, se observa que, en tanto que sea percibida sin afectación del afrontamiento de la vida cotidiana, la enfermedad queda en un diagnóstico del discurso médico. Como expresa una participante: “llegar al certificado implica un proceso para integrar la condición de discapacidad a la vida”. En tal sentido, Stuart Hall (2003) plantea que:

(...) resta saber si necesitamos una teoría que señale cuáles son los mecanismos mediante los cuales los individuos, como sujetos, se identifican (o no se identifican) con las “posiciones” a las cuales se los convoca; y que indique como modelan, estilizan, producen o actúan esas posiciones y por qué nunca lo hacen de una vez y para siempre, mientras que otros no lo hacen nunca o se embarcan en un proceso agonístico constante de lucha, resistencia y negociación y adaptación a las reglas normativas o reguladoras con las que se enfrentan o a través de las cuales se autorregulan (pp. 32-33).

En este estudio también participaron PcD que, sin limitaciones significativas en la vida cotidiana, tramitaron la condición de la discapacidad certificada a partir de un diagnóstico médico y donde la vivencia de discapacidad se presenta como una explicación posible para comprender por qué se sienten identificadas para ocupar esta posición. En tal sentido, se estima importante distinguir la vivencia y la experiencia (Benyakar, 2005, 2016). En términos del citado autor, la vivencia comprendería el modo en que el psiquismo de la persona ha podido articular el afecto emergente con la representación correspondiente de su condición de salud, es decir, el modo de procesamiento psíquico de su condición de salud. Por otro lado, la experiencia implicaría la dimensión situacional e interrelacional de esa vivencia de la condición de salud con los factores contextuales.

Asimismo, la simulación⁴⁰ aparece como otro modo posible, para algunos que tramitan la certificación de discapacidad. En tal sentido, Goffman (1959) refiere como “el individuo puede comprometer profundamente su yo, no solo en su identificación con un papel, un establecimiento y un grupo determinado; sino también en la imagen de sí mismo” (p.132), desde la interacción social donde la escena acontece.

En tal sentido, Prado Ordoñez Fernández (2010) expresa “entre la reacción psicogenética y la simulación existen infinitas transiciones, matices de un mismo color, tropezándose con el invencible escollo diagnóstico entre lo real y lo fingido. No puede definirse dónde comienza el refugio voluntario de la enfermedad y dónde se inicia la producción involuntaria de síntomas” (p.43). Así, Blech (2005) propone la idea de “invención de enfermedades”, que “se está verificando a partir de los nuevos diagnósticos y los intereses creados por la industria farmacéutica en esta patologización y medicalización de la vida

cotidiana” (citado en Arizaga, 2017, p. 82). En tal sentido, también se podría referir a “la invención de discapacidades” para aquellos que, sin limitaciones significativas en la vida cotidiana, buscan acceder a derechos y prácticas sociales a los que –imaginan- no podrían acceder si no fuera a través de este modo. En este punto, se podría hablar de procesos de discapacitación⁴¹ motivados por otros intereses, que no son exclusivos a los de la industria farmacéutica.

Más allá del diagnóstico diferencial que ocupa a certificadores pertenecientes a Juntas Evaluadoras de Discapacidad, Anexo 40 o incapacidades laborales dependientes de distintos Ministerios -que no son objeto de este estudio-, es interesante que la simulación aparezca como un modo posible de “ser para tener”, en una determinada sociedad que le brinda marco a estos procesos identitarios.

Por otro lado, la mayoría de las PcD otorga un carácter permanente a la discapacidad que se presenta como un “sin sentido” o un “incuestionable”, dando cuenta de la dificultad para pensar las alternativas de la tramitación (renovación o denegación) y comprender al CUD desde la evaluación de la situación de la discapacidad. La discapacidad como algo permanente aparece más asociado a la deficiencia y a su diagnóstico médico que a la situación de discapacidad que puede variar, mejorar o empeorar a través del tiempo

En general, no tienen conocimiento acerca de la distinción entre la condición y la situación de la discapacidad que aparece en la descripción funcional de su CUD, junto al hecho de que se presenta de un modo encriptado para el usuario, bajo códigos alfanuméricos y no de modo descriptivo. En este punto, se observa una disonancia entre los conceptos del discurso del modelo social que utilizan y proclaman, con el conocimiento de los distintos aspectos contemplados en su singular y situacional evaluación descripta en el CUD, dominando más su diagnóstico de enfermedad o tipo de discapacidad perteneciente al modelo médico. Por otro lado, las autocategorizaciones sociales que utilizan son una muestra de ello, ya que muchos participantes mencionan su diagnóstico médico para autodenominarse grupalmente. En tal sentido, el núcleo central de las RS acerca del CUD parece residir en el diagnóstico de enfermedad como el principio generador de la representación en tanto función consensual,

definiendo la homogeneidad compartida por el grupo y estableciendo el carácter normativo en las significaciones que se comparten (Abric ,1993). De este modo, como ya se ha dicho oportunamente, insisten las auto denominaciones, tales como: postpolio, Síndrome de Down, parálítico cerebral, entre otros.

El fuerte efecto preformativo de la nominación de “enfermedad” o “trastorno”, que Pérez Fernández (2017) refiere como constituyendo “una patologización en sí misma de la persona ubicada en este lugar social” (p.113), la palabra discapacitado provoca en las PcD cierto menoscabo de sus capacidades para realizar una actividad productiva (De Icibidus, 2014; Joly, 2007, Ferrante, 2008, Silberkasten, 2014; Vallejos, 2009). En este estudio, se detecta el sentimiento de rechazo frente a este término, junto al manifestado especialmente por personas con discapacidad intelectual y discapacidad mental ante la denominación sobre su tipo de discapacidad, dando cuenta de la connotación estigmatizante que perciben a través de esos nombres (Broyna, 2009). Por otro lado, el nombre de “persona con discapacidad” propuesta por la CDPD es el que identifica la mayoría como el acuerdo de un colectivo. En tal sentido, la apropiación de este nombre estaría en concordancia con lo planteado por Tajfel (1986), quien parte de que el autoconcepto de un individuo está conformado por su identidad social.

Por otro lado, denominaciones como la de “más capacitado” refleja la autoestima grupal, bajo el sentimiento de orgullo de pertenecer a un grupo que desafía las barreras cotidianas, que se centran en el esfuerzo personal de cómo llevar su discapacidad y que suma a esta identidad social positiva, en términos de Tajel (1986). Si bien en algunos participantes surge un cuestionamiento respecto a la existencia del propio certificado de discapacidad, reconocen también que es el único método para acceder a derechos. De este modo, el CUD representaría una táctica (De Certau, 2000) para sostener los derechos adquiridos.

Por otro lado, se observan tácticas de disimulación para ocultar un problema de salud en ciertos contextos que podrían ser objeto de discriminación, asociado a una identidad social negativa, tal como plantea Tajel (1986). En consonancia, Stuart Hall (2003) concibe la identidad como “estratégica y posicional” y no de modo esencialista (p.17).

Estos movimientos se reflejan en una gama de actitudes, entre el orgullo de la pertenencia como “carta de triunfo” al ocultamiento del CUD. Pérez Acevedo (2009) denomina estos movimientos como el “dilema de la diferencia”, planteando como “distintas posturas de discapacidad pueden aceptarse o rechazarse en contextos o situaciones particulares imprimiendo movilidad y permitiendo su transformación para responder a situaciones específicas” (p.164-165).

Otro de los interrogantes investigativos indagó las expectativas en relación a la certificación de discapacidad.

En tal sentido, se observa el capital social y simbólico que se juega en ocasión de la tramitación y el uso del CUD, en tanto acceso a una herramienta, que podrá ser utilizada en mayor o menor medida. Como herramienta representa un apoyo social (Rodríguez Marín & Neipp López, 2008) para el desempeño en la vida cotidiana, a partir de esta identificación con su condición de discapacidad. Para algunos, la oportunidad de asumir un aspecto de su identidad. Así lo dice el interlocutor clave: “Derecho a partir de la limitación”. De Iudicibus (2006) señala que “la persona reconoce su discapacidad y reclama desde este lugar - biológicamente construido- una necesidad relacionada con la experiencia social” (p. 21).

El CUD como amparo para visibilizar ciertas discapacidades en la vida cotidiana representa una herramienta eficaz. El tema de la “visibilización-invisibilización es una antinomia que hay que tener en cuenta” afirma Prado⁴² (2017, p. 219). Este autor explica que, para enfrentar una problemática, el primer paso es visibilizarla, pero agrega que “visibilizar es necesario, pero no suficiente para resolver una problemática” (p.219), si no se otorga un espacio de elaboración para ser integrada a la vida (similares palabras a las expresadas por una participante de este estudio). En tal sentido, así como la visibilización da lugar a problemáticas que requieren ser expuestas; su contracara, la invisibilización, puede representar una negación de la situación, pero no necesariamente llegar a serlo, cuando una persona trata su problema de salud sin certificarlo como condición de discapacidad. Dependerá de cada situación

particular, pero se acuerda con el citado autor que es una antinomia a tener presente y que es importante problematizarla respecto a las expectativas.

El CUD como “derecho que otorga derecho” favorece las creencias de autoeficacia (Bandura, 1993) a partir de los apoyos sociales que recibe, facilitando una actitud reivindicativa para la exigencia del cumplimiento de los derechos que establece, aunque no alcanza la visibilización de la condición de discapacidad mediante el CUD para todas las situaciones que contempla. No solo desde el incumplimiento objetivo de un diseño universal, sino desde las propias expectativas que presenta esta población diversa respecto al CUD, que, en varias ocasiones, excede el apoyo necesario para superar las barreras que, por su singular limitación, enfrentan en la vida cotidiana. En los discursos elaborados, aparecen tensiones en las representaciones sociales entre las prioridades establecidas y la adecuación a las necesidades por tipo de discapacidad –que contrapesan con la universalidad del beneficio- dando cuenta de aquellas que, personas sin CUD, podrían requerir por la limitación específica que presentan.

La relación entre mayor prevalencia de discapacidad en entornos de pobreza o la afirmación de que la discapacidad genera más gastos respecto a las personas sin discapacidad (Vázquez Barrios, 2008) agrega al CUD otro valor desde la variable socioeconómica. Con relación a este punto, se observan dos situaciones a considerar. Una atinente al acceso a un capital social que no puede ser alcanzado de otro modo, aun a costa de la simulación y hasta como una táctica de supervivencia para algunos. Y otra que pondría en cuestionamiento el acceso universal a todos los beneficios contemplados a través del CUD, en aquellos que cuentan con recursos socioeconómicos suficientes, exceptuando la cobertura de salud. Esta cobertura se presenta en la mayoría de los discursos elaborados en esta tesis como un acceso básico indiscutible que, de algún modo, constituye la necesidad que origina el derecho en cuestión. Claramente, se expresan tensiones entre la universalidad y focalización ante el acceso de los beneficios contemplados y las necesidades que los participantes conciben como prioritarias.

En tal sentido, también se observa otra tensión al considerar a las PcD como merecedoras de ayuda social bajo la ideología de la caridad (Devenney,

2004; Rosato y Angelino, 2009; Ferrante, 2013 y Silverkasten, 2014) o como sujeto de derechos. Si bien ser merecedoras de ayuda social es una conducta que adoptan algunas PcD como forma de vida (Ferrante, 2013) y constituye una de las miradas sociales experimentadas por las PcD, esta investigación aportó otra mirada, tal como la de percibirse como sujeto de derechos (De Pena y Silva, 2017; Ripa, 2014).

De acuerdo con Vallejos (2009), el certificado se “constituye en un capital que permite fortalecer la inscripción relacional, al permitir el acceso a los beneficios sociales”. No obstante, cuando agrega que es “a costa de la estigmatización”, se estima que esta situación no es percibida de este modo por las PcD que deciden tramitar su certificación, de acuerdo a los resultados de este estudio. En tal sentido, es importante distinguir desde dónde se hace referencia a la estigmatización, quién atribuye y por qué el rasgo negativo; y sí, por momentos, los profesionales que hacen uso del término lo utilizan afirmando su marco teórico, pero sin concordancia con la percepción de la propia PcD. En este estudio, se han identificado representaciones sociales ambivalentes en los discursos de los profesionales de la salud respecto a la práctica de la orientación al CUD.

Cuando los entrevistados representan al CUD como un “abre puertas”, “una llave” o “una tarjeta de beneficios”, este estudio coincide con las afirmaciones de Vallejos (2009) en que adquiere un “valor de cambio”.

La mayoría de las PcD entrevistadas lo percibe como un derecho que los ampara ante las discriminaciones que pudieran atravesar. Por otro lado, se observa que, en este tipo de situaciones, el portar un CUD no estaría asociado a una comparación social negativa, sino, por el contrario, lo convierte en poseedor de una herramienta significativa; la que, inclusive, valiéndose del carácter instrumental de la herramienta, puede no hacer uso del mismo, cuando así lo decida.

La mayor barrera detectada en los discursos para tramitar el CUD lo constituye las consecuencias laborales que podría ocasionar; aunque, por otro

lado, aparece el cupo de empleo como uno de los beneficios más deseados que, a partir del acceso al CUD, se puede generar.

Para algunos, esta categoría social puede cobijar, hospedar, amparar y construir un lugar posible. En tal sentido, Butler (2017) expresa que:

Cuando se ejercita libremente el derecho a ser quien ya es y hace valer una categoría social para describir ese modo de ser, en realidad está haciendo que la libertad forme parte de esta misma categoría social, cambiando en términos discursivos la propia ontología (pp.65-66).

En cambio, en otros enunciados es un lugar impensado, por más enfermedades que hayan atravesado o atraviesen. En tal sentido, la posición de “no victimizarse”, porque “resta fuerza a una imagen de sí”, también aporta comprensión sobre los mecanismos que utilizan aquellos que deciden no certificar su condición de salud. Es la diferencia que traza un CUD que puede transformarse en DNI o representar una carga vivida negativamente. De este modo, situaciones no elegidas pueden desencadenar otros trastornos asociados, entre ellos una baja autoestima como la contracara del CUD, en tanto herramienta identitaria.

Ya se ha planteado cómo Chamorro (2015), Silberkasten (2006, 2014) y Vallejos (2010, 2012) señalan la ausencia de RS habilitadoras para las personas con discapacidad, así como la difícil apertura a nuevos sentidos para el sujeto a partir de la nominación de discapacitado. En esta investigación, se observa que, si bien la nominación resulta estigmatizante por su tipo para personas con discapacidad mental e intelectual (Broyna, 2012); no parece implicar “impedimento” respecto a lo que facilita; por el contrario, aparece como habilitadora de espacios y/o de recursos.

Otra pregunta que surgió como interrogante para esta tesis fue de qué modo el certificado de discapacidad se vincula a la identidad social.

En tal sentido, se indagó si las personas con certificado de discapacidad participan de alguna organización o asociación de personas con similar condición de salud. Si bien se encontró que la mitad de la muestra

participaba en algún tipo de asociación, no necesariamente era por condición de salud, como sí se registró en el análisis de los cuestionarios.

Las resistencias a que la condición de discapacidad pertenezca a un problema de salud parecen responder a que hablar de salud estaría asociado al binomio salud-enfermedad, comprendiendo su problema, exclusivamente, desde la perspectiva de derechos. Sin dejar de tomar en consideración esta distinción, que les ha permitido forjar una identidad social con derechos específicos que los amparan, las resistencias observadas parecen dar cuenta de un “olvido del cuerpo”. Si bien es un tema que excede la salud, como plantea Brogna (2012), se acuerda con De Lucidibus (2006), quien plantea que se reclama, desde esa condición biológicamente construida, una necesidad relacionada con la experiencia social.

Por otro lado, se registran autocategorizaciones sociales que parten tanto de aquellos que pertenecen a una asociación formal bajo ese nombre (por ejemplo, Síndrome de Down, Postpolio, etc.) como de aquellos que se encuentran vinculados por una asociación informal que establecen por medio de las redes sociales del mundo digital. La importancia de la participación en una asociación con pares, ya sea presencial o virtual, radica fundamentalmente en la información (desde el conocimiento objetivo al experiencial) que comparten, para afrontar distintos temas de la vida cotidiana, entre ellos el CUD.

Núñez González (2014) plantea que las PcD no se identifican con el colectivo, ya que la discapacidad no es un grupo social sino una categoría de análisis, que no existe una ideología común, que no existe un “nosotros” objetivo; siendo la sociedad quien los adscribe y les construye esa identidad. Si bien se acuerda con la afirmación acerca de que el concepto discapacidad es una categoría abstracta -tal como pueden ser la de género o la de etnia- bajo el concepto de PcD, se encuentra una amplia diversidad de vivencias y experiencias.

Dentro de esa diversidad, se pueden encontrar aquellos que sienten afinidad y sentido de pertenencia, fundamentalmente por su tipo de discapacidad, como el caso de la comunidad sorda (Garay Porras, 2012; Mercado, Maldonado y

Hernández Oliva, 2010 y Yarza, 2015). Otros discursos dan cuenta de las representaciones sociales de los funcionarios públicos con diversas discapacidades que no se identifican con el colectivo de PcD y sí con “su coyuntura personal”, como hicieron referencia los participantes de esta muestra. Pero también se encuentran aquellos que se identifican y expresan ese “nosotros”, bajo un lema tan fuerte como el de “Nada de nosotros sin nosotros”, amparados en la CDPD, que les brinda el marco ideológico para operar desde su condición de discapacidad.

El tema de la participación es un tema relevante para los que militan en las principales agrupaciones de PcD, claramente expresado en la oportunidad de participar con otras PcD en los grupos focales, plausibles de ser convocadas. En tal sentido, se detecta que la implicación emocional es significativa en ciertos grupos por los sentimientos de orgullo y de admiración que se expresan. Algunas personas que tramitan el certificado participan activa y presencialmente en Asociaciones y ONG, que influyen en los modos de pensar el CUD, en cómo tramitarlo o superar obstáculos respecto a esa tramitación, como un tema más de interés para su colectivo. También se detectan otras que participan a través del intercambio en las redes sociales digitales, como se ha dado cuenta en el estudio de los medios de comunicación seleccionados, que también guían comportamientos respecto al CUD. Pero no necesariamente las PcD participan en Asociaciones por su condición de discapacidad y menos organizadamente, sumándose a otros colectivos para visibilizar sus reclamos.

Sin embargo, y en términos generales, se puede observar, en las PcD que certifican su condición, el reconocimiento como sujeto de derecho bajo el marco de la CDPD, lo que les genera un sentimiento de pertenencia en la “comunidad imaginada”; junto al nombre que el certificado otorga, más allá de la limitación experimentada y autodenominada por el propio sujeto. De este modo, la identidad social se expresará en lo que la autora de esta tesis ha denominado el “rol de la PcD”, desde la habilitación que el CUD otorga bajo el amparo de la CDPD. Por otro lado, es interesante recordar estudios que dan cuenta de que la discriminación intragrupal puede constituir una estrategia eficaz para construir o

sostener una identidad social positiva (Scandroglio, López Martínez & San José Sebastián, 2008; Turner, 1985).

El tema de la solidaridad aparece en las representaciones sociales como un valor aspiracional que expresan las PcD. Solidaridad que permite sentirse unido al otro más allá de situaciones diversas, vínculos de cooperación y colaboración que se establecen entre las personas con distintas discapacidades para el cumplimiento de objetivos, y que los integrantes de los grupos registran como una carencia en los movimientos asociativos de PcD. Es claro que las experiencias de algunos grupos enmarcadas en estas asociaciones, de modo presencial o bajo las comunicaciones que circulan en las redes sociales, como se expone en este estudio, no alcanzan para desarrollar un punto de encuentro para toda la comunidad de PcD. Como expresa un participante: “Todavía nos faltan ideas que nos agrupen a todos”. Si bien ese “todos” planteado representa una utopía, se observa que la CDPD despierta un sentimiento de esperanza, en tanto marco común que los reúne bajo el enfoque de derechos. A tal punto que, por momentos, podrían conformar una comunidad imaginada⁴³, en términos de Anderson (1983). En tal sentido, Scribano (2007) refiere a un imaginario de cuerpos incluidos desde un *nosotros* y opuesta y complementariamente a cuerpos excluidos en su alteridad (*otros*). Devenney (2004) plantea en su estudio -y como PcD- la distinción entre los “discapacitados” y los “no discapacitados”.

Si bien en algunas PcD puede no existir el nosotros porque no existe interacción social ni sentimiento de pertenencia por adscripción a alguna asociación en particular, el CUD los reúne bajo el nombre de un colectivo que comparten, por las prácticas sociales que habilita. Se estima importante distinguir este aspecto relacionado a la identidad positiva, ya que algunos autores adjudican a esta población una identidad negativa asociada con estigmas sociales, opresiones, discriminaciones y etiquetas negativas que padecen (Ferreira, 2007; Núñez González, 2014). Sin desconocer estas situaciones en la experiencia de la vida cotidiana de las PcD, y que se expresan en varios relatos de los participantes, se estima que los derechos que ejercen y experimentan las PcD -o que les permitiría exigir- a través del CUD, plantea una situación distinta.

Esta situación de “valorización de sí mismo” con relación a los otros (Mercado Maldonado y Hernández Oliva, 2010, p. 238) se devela en una de las representaciones sociales propuestas como la de “más capacitados”. Se observa que estos participantes comparten un sentimiento de autoestima colectiva en un contexto de valores e ideologías grupales compartidas. El orgullo de pertenecer a un colectivo, y expresado de modo reivindicativo como una de los modos posibles (Rosato y Angelino, 2009; Rozenfeld, 2012), está asociado a la autoestima dentro del proceso de autocategorización social planteado por Turner (1985, 1999). Bajo este sentimiento de entusiasmo se reúnen con un mismo nombre, PcD, imprimiendo una fuerza colectiva a su lucha, en un nosotros posible.

Por el contrario, las PcDeA aportan el tema del condicionamiento del medio y la decisión propia como un límite al condicionamiento, a la aceptación o al rechazo del condicionamiento grupal. “Te condiciona, no te determina. Te condiciona. Lo que uno hace habla de uno, no habla de los otros”, expresa una de las participantes. En tal sentido, Arizaga (2017) hace referencia a que “la definición de los otros nos impregna de nosotros como dos caras de la moneda en la definición de identidades sociales, distinguiendo la conformación de los universos simbólicos en lo que nos reconocemos o, por el contrario, nos distanciamos socialmente” (p.31).

La tensión entre el modelo médico y el modelo social también se expresa en estas negociaciones identitarias que un individuo tiene entre la imagen de sí y la imagen que los otros tienen de él (Vera &Valenzuela, 2012; Lopes, 2014), dando cuenta de los procesos identitarios que acontecen en torno a la certificación de la discapacidad.

Otro de los interrogantes planteados para este estudio fue acerca de las razones más importantes que motivan a los profesionales de la salud a orientar a las personas con deficiencia a que soliciten el certificado de discapacidad.

Mayoritariamente, las respuestas se encuentran asociadas a la cobertura de salud y transporte, pero es interesante observar toda la gama de beneficios que se despliegan como reconocimiento de derechos, según la

perspectiva de algunos profesionales de la salud: desde la pensión al acceso a espectáculos. “Infinidad de beneficios”, como expresa un administrador de un sitio web.

Se refleja cómo esta práctica fue cobrando lugar en el transcurso del tiempo y en las áreas para las cuales se aplica. Al principio, predominantemente relacionados a temas de salud y, posteriormente, extendiéndose a temas de ocio y tiempo libre como, por ejemplo, el acceso a una cancha.

Se observa que no todos los PS conocen los beneficios que habilita e, inclusive, llegan a sostener que legitima la exclusión laboral (Silberkasten, 2014), cuando, desde el año 1981, se ha establecido un cupo laboral, más allá del grado de incumplimiento de la medida que dista en años de alcanzar el porcentaje establecido. En tal sentido, conviene advertir que los profesionales de la salud, con mayor o menor conocimiento de los beneficios, van a participar de todos modos en los informes que orientan a la certificación. Al ser los informes médicos preponderantes en la tramitación del CUD, también se detecta que los médicos refieren que es una práctica que fueron incorporando sin tanta formación específica, a solicitud de las Obras Sociales y de los propios pacientes. Asimismo, que, de acuerdo a la especialidad médica que posean, pueden estar más o menos formados para este tipo de informes. Desde algunas especialidades médicas se encuentra cierta dificultad para distinguir la diferencia entre condición y situación, así como para valorar los factores ambientales y el modo en que inciden en la condición de salud. En tal sentido, en una reciente investigación, Vidarte Claros y Kelly Avedaño (2017) concluyen acerca de la influencia de las RS de los PS en la orientación y atención de las PcD.

En los discursos relevados, se detecta una tensión entre la voluntariedad y obligatoriedad del trámite, dado que, si la PcDe no elige gestionarlo, puede que su obra social no le otorgue la prestación de salud que requiere. “Es tramposo”, se expresa en uno de los discursos de los participantes.

De igual modo, se presenta, por un lado, el “profesional bisagra”, que facilita el acceso a un lugar, a una herramienta de acceso a derechos y, por otro, el “profesional anti-etiqueta”, que evita participar con un diagnóstico que rotule a

la persona. En tal sentido, es interesante el tema de las estrategias que introducen las profesionales de servicio social respecto a la tramitación del CUD. De Certau (2000) define como “una estrategia susceptible de circunscribirse como lugar propio” (p. 42), vinculando la construcción de la racionalidad política, económica o científica a este modelo estratégico. De este modo, el certificado de discapacidad otorgaría un lugar, con una red de relaciones y apoyos, que facilitaría hipotéticamente la vida cotidiana con beneficios que se multiplicarían siendo adultos.

Desde las distintas perspectivas y prácticas disciplinarias, se detectan otras tensiones discursivas entre lo transitorio y lo permanente, entre la salud y la enfermedad, entre el ser y tener una enfermedad; el sentirse enfermo que remite a las distintas connotaciones que el término enfermedad tiene en la lengua inglesa, como se ha desarrollado en el capítulo III de esta tesis.

Asimismo, se agregan otras tensiones provenientes del marco teórico conceptual CIF, respecto a la evaluación de la condición y situación de discapacidad en el CUD, dado que el proceso del funcionamiento y la discapacidad aparece como un continuum de una condición de salud y no de enfermedad; y la deficiencia como un concepto más amplio que el de trastorno o enfermedad (CIF/OMS, 2001, p. 14). En tal sentido, Morant (1996) señala que las teorías y el conocimiento experto de los profesionales proveen categorías, nombres y esferas de comprensión para dar sentido y responder a los problemas de la salud mental; ocupando el conocimiento científico un lugar central en la génesis y desarrollo de las representaciones sociales como proceso de anclaje. Por otro lado, el citado autor agrega que la teoría es “una herramienta que los profesionales usan para afrontar la incertidumbre, para facilitar la comunicación en los equipos interdisciplinarios y tender un puente que supere esa distancia entre ellos, los profesionales, y la experiencia subjetiva de sus pacientes con padecimiento mental” (p. 206). En tal sentido, en el presente estudio, las distintas “definiciones” que van exponiendo los profesionales de la salud en la interacción grupal siempre encuentran otra que supera la propuesta, como si nunca terminara de poder ser alcanzada una definición, dando cuenta del campo representacional que opera en las prácticas profesionales. Jodelet (2013) destaca estos

entrecruzamientos de las distintas formas de conocimiento en el sector de la salud.

Así, también se planteó como interrogante, en este estudio, el modo en que los profesionales de la salud consideran la certificación de la discapacidad y su relación con el autoconcepto de las personas con deficiencia que lo solicitan.

Se observa cierta ambivalencia en las respuestas afirmativas acerca de la influencia en el autoconcepto, expresando dos aspectos de la discriminación: una positiva, en tanto la oportunidad de facilitar el empoderamiento a través del acceso a derechos, y otra negativa, en tanto etiquetamiento y posibilidad de que sea estigmatizado. Tanto desde una fundamentación a dicha respuesta, como desde las barreras que posteriormente expresan, se registra que refieren la estigmatización, la etiquetación, la rotulación, la nominación, los prejuicios y la discriminación a la que el sujeto está expuesto con la certificación de su condición de discapacidad, a la cual ellos mismos derivan. Consecuentemente, la mayoría asoció la estigmatización con las barreras psicológicas, bajo autoconcepto y baja autoestima. Aparece la representación del “arma de doble filo”, como un facilitador y una barrera simultáneamente. Claramente, se observa este mecanismo de clivaje con el que operan en su prácticas donde habitan actitudes antagónicas, entre la oportunidad de habilitar lugares o la amenaza de la estigmatización.

La estigmatización se encuentra presente en la práctica de la orientación temiendo ejercer una práctica inadecuada, de acuerdo a los principios de la formación recibida, pero prevalece en aquellos que orientan al CUD la demanda planteada como lugar habilitador, tanto por el acceso a las prácticas sociales, como por el amparo que brinda ante situaciones cotidianas donde las PcD pueden ser discriminadas. Algunos profesionales trabajan este punto con sus pacientes singularmente, desde la variable temporal comprendida en el CUD, entendiendo que la renovación podría representar otro momento de decisión de este trámite voluntario, para continuar acreditando o no su condición de discapacidad.

Algunos de los psicólogos, en su doble carácter como PcD, respondieron afirmativamente a la influencia en el autoconcepto desde la estigmatización. Una de ellas refirió acerca de “las propias representaciones que las PcD tienen de su condición.”

También circula en los discursos una actitud proteccionista por parte de los PS, que se podría llamar de “amparo universal”, que devela las dificultades para comprender el uso que le da la propia persona con discapacidad, de acuerdo a los contextos y desde su capacidad de autodeterminación.

Por último, en otro de los interrogantes investigativos se planteó cómo los medios gráficos y digitales informan sobre el tema del certificado de discapacidad.

En tal sentido, se observa que la información que circula en los medios de comunicación participa en la construcción de las RS (Moscovici, 2000; Devenney, 2004; Jodelet, 2013).

El contenido de la información se muestra reproducido de modo uniforme en la mayoría de los sitios web pertenecientes a OG y ONG. Esta información aparece como algo amplio y localmente situado con un contenido propositivo, dando cuenta de las líneas de acción de la política de salud en lo atinente a discapacidad. Al respecto, Devenney (2004) señala el modo en que las agendas políticas y sociales promueven, mantienen o desacreditan, según distintas conveniencias.

Esta representación está asociada a una guía de trámites burocráticos junto al listado de beneficios a los que se puede acceder con su otorgamiento. En tal sentido, se visualiza al certificado más por su materialidad, por las prácticas sociales que habilita y que son relevantes para los sujetos sociales (Jodelet, 2013). La definición de discapacidad aparecerá como un tema polémico cuando se deniega el acceso, como se ha detectado en los mensajes de los usuarios.

La mayor cantidad de imágenes que se encuentran en los MC relevados se refieren al acceso al transporte, a lo que posibilita “la circulación” por la vida, pero también cabe destacar la imagen del propio CUD como objetivación

de la RS que se presenta en algunos sitios Web de consulta. También aparecen fotos de bombilla eléctrica y hornalla de gas prendidas, ante el anuncio de la nueva gestión política sobre tarifas especiales para las personas con certificado de discapacidad. Una mención especial para el “robot Esperanza”, como sitio Web interactivo perteneciente a un municipio, que bajo el nombre de ese sentimiento parece brindar confianza para realizar los trámites que se consultan.

Por otro lado, se observa un interesante intercambio acerca del certificado de discapacidad entre las personas con diversa condición de salud y los administradores de las páginas de los sitios web, en los que se registran y analizan argumentos favorables vinculados fundamentalmente a los beneficios que otorga, o podría otorgar en tanto expectativa, y desfavorables respecto a la denegación del CUD por parte de las Juntas Evaluadoras o la amenaza a situaciones laborales que podría representar su otorgamiento.

La información que circula en los medios de comunicación digitales participa en la construcción de las representaciones sociales de CUD, ya sea como guía de trámites burocráticos, como una serie de beneficios reales y deseados o como reconocimiento identitario de la condición de discapacidad e, inclusive, como una amenaza para contextos laborales que dicho reconocimiento podría acarrear. En tal sentido, las OG y ONG deberían desarrollar un protocolo de comunicación sugerido para tratar el tema, otorgando herramientas a medios y líderes de opinión que quieran referirse al mismo disponiendo: gacetillas, links de interés imágenes de referencia ilustrativa, preguntas y respuestas sugeridas y un mail de contacto con un profesional referente o vocero. A nivel mundial, también se contemplan desarrollos de protocolos ante las crisis, que en este tema implicaría: definiciones incorrectas, respuestas erróneas, desinformación, entre otros.

La interacción en las redes sociales digitales de los sitios web de Asociaciones para PcD parece contribuir a un sentimiento de pertenencia en la comunidad imaginada.

En los mensajes de los sitios web, los usuarios esencializan la enfermedad o la discapacidad como carta de presentación, tal como un rasgo

poseído (Bruebaker & Cooper, 2000) y no precisamente como un rasgo que los estigmatiza (Rosato y Angelino, 2009), reivindicando su identidad bajo la creencia que el diagnóstico de enfermedad constituye su discapacidad, dado el carácter de permanencia que le otorgan.

También se observa que la denegación puede ser percibida como discriminación, ante la negativa a otorgarle algo que sienten que les corresponde. En tanto los administradores de los sitios Web destacan los tiempos de duración y la evaluación del equipo interdisciplinario, entre expresiones diversas de los usuarios que buscan su reconocimiento de la condición de discapacidad. En tal sentido, se observa que la tensión entre el “ser discapacitado”, “ser persona con discapacidad” y “tener una discapacidad” persisten no solo como denominaciones en juego (Carvalho, 2009), sino como modos de apropiación de esta condición de salud como un aspecto de la identidad por parte de las propias PcD.

A modo de reflexiones preliminares

En estos mecanismos de aproximación o distanciamiento a lo que llamaremos identidad de condición de discapacidad, acontece “el dilema de la diferencia”⁴⁴. Este concepto alude a que “las distintas posturas de la discapacidad pueden aceptarse o rechazarse en contextos o situaciones particulares, que imprime movilidad y permite transformación para responder a situaciones específicas” (Pérez Acevedo, 2009, p. 164). De este modo, se observa que algunas personas buscarán la identidad desde la corporeidad y otras desde la situación, visibilizando o invisibilizando una parte del problema y/o de la interacción con el medio, pudiendo “ser reconocida, transformada o negada, según las circunstancias contextuales en las que éste se active” (Pérez Acevedo, 2009, pp. 164-165).

Por otro lado, Côté (1996, 1997) acuñó el término “capital de Identidad”, como un heurístico que da cuenta de los recursos y activos que una persona pone en juego cuando se enfrenta a situaciones que tienen que ver con su auto-definición. Recursos que despliega para conformar su identidad e influir en la forma en que lo definen y aceptan los demás en diversos contextos; e incluye procesos psicológicos que pueden contribuir al establecimiento de un

punto de referencia interno, y a la capacidad para evaluar reflexivamente y maniobrar en una variedad de contextos sociales.

De este modo, cuando una persona decide certificar su condición de discapacidad, existe una percepción subjetiva acerca del aspecto negativo de la condición de salud (en términos de la CIF), que puede coincidir o no con limitaciones significativas en la vida cotidiana. En tal sentido, esta percepción del sí mismo (autoconcepto) constituye uno de los elementos de la identidad personal y social al que, en esta tesis, se denomina identidad de condición de discapacidad.

Basada en la perspectiva de derechos que aporta la CDPD, la identidad social se expresará en el “rol de la persona con discapacidad”, amparado en la certificación de discapacidad-CUD. Este rol que legitima su comportamiento y ejercicio de derechos (Parsons, 1984) está en consonancia con lo que propone Moscovici (2000) respecto a que una representación modela la realidad que vivimos cotidianamente y crea nuevos roles sociales (p. 67). Puede acordarse con De Lucidibus (2006) que es, desde el cuerpo, con una determinada condición de salud, donde se construye esta inscripción social del sujeto con la que logra articular esta realidad biológicamente construida y las prácticas sociales.

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

CAPITULO VIII. CONCLUSIONES

Este estudio tuvo como objetivo explorar y describir las representaciones sociales del Certificado de Discapacidad en RMBA, motivado desde la observación de la práctica profesional de la tesista, que sugería las diferencias ante la tramitación de un CUD entre personas con deficiencias, inclusive con igual diagnóstico o deficiencia e independientemente del grado de limitación en la vida cotidiana.

A través de los años, el certificado de discapacidad –hoy CUD- cobra un lugar creciente en nuestra sociedad. En la vida cotidiana, en distintos ámbitos, sean familiares, educativos, laborales, comunitarios, en el vecindario, en la escuela, en los trabajos, en el transporte público, en el supermercado, en un club o en la práctica profesional es frecuente escuchar que se hable del CUD, de la posibilidad de tramitar una certificación o de los beneficios que conlleva, o de los derechos que implica su otorgamiento.

Esta situación llevó a considerar el papel que desempeñaban los profesionales relacionados con su atención, quienes participan en su orientación; como el de los medios de comunicación (gráficos y digitales), quienes contribuyen en el intercambio de la información sobre el tema. Ya sea de modo formal a través de noticias institucionales o informales, a través del intercambio de conocimientos y opiniones en Foros, blogs y comunicaciones personales.

Este planteamiento condujo a profundizar la revisión bibliográfica y el estado de la cuestión que permitió concluir que la teoría de las representaciones sociales desde el enfoque procesual era el marco teórico metodológico pertinente para su estudio. En tal sentido, esta investigación acerca de las RS acerca del CUD aproxima a la visión del mundo que las personas o grupos tienen acerca del objeto de representación, pues el sentido común guía comportamientos.

Una de las más simples definiciones de representaciones sociales, proporcionada por Moscovici, en 1963, dice que se trata de la elaboración de un objeto social por una comunidad. Es decir que, en tanto se atienden procesos

sociales, sólo pueden aparecer en grupos y sociedades en las que, el discurso social implique comunicación. Esta manera de abordar el tema incluye tanto los puntos de vista compartidos como las controversias y las divergencias, que pueden hacerse especialmente audibles en los aspectos metafóricos del discurso. Además, la comunicación permite que las creencias puedan ser negociadas. La elaboración de este conocimiento del sentido común obedece a necesidades prácticas, los grupos sociales intentan, así, un proceso de comunicación colectiva que les permita hacer manejable e inteligible ciertos temas conflictivos.

El pensamiento social o colectivo y la reflexividad de los grupos son elementos complementarios en la producción de identidad social. Tal identidad abarca el conocimiento de los grupos a los que se pertenece y la convicción de que es ese grupo el que genera un *background* común de conocimientos, sentido común y modelos de justificación. Sin este tipo de comunicaciones sería imposible la vida en sociedad. Estos conocimientos compartidos son específicos de los distintos grupos sociales y permiten a sus miembros establecerse en un espacio discursivo común (Robertazzi, 2009).

Desde la perspectiva metodológica en las investigaciones psicosociales, son conocidas las limitaciones de los instrumentos demasiado estructurados, es por tal razón que se prefirieron las técnicas de la entrevista, la observación y el grupo focal. En cuanto a este último dispositivo, dice Malfé: “[...] un espacio y un dispositivo especialmente aptos para explorar la dimensión del desujetamiento-resujetamiento continuos, en un contexto psicosocial y psicocultural acotado, lo constituyen distintas formas de trabajo grupal.” (Malfé, 1994, p.177). No obstante, el uso de cuestionarios no solo facilitó describir sociodemográficamente a las dos poblaciones blanco de esta tesis, sino que permitió identificar las muestras que intencionalmente se seleccionaron. Los últimos estudios sobre las RS se refieren a este objeto de indagación como un fenómeno rico y complejo que requiere de gran variedad de métodos, estrategias y tácticas para la obtención de datos y los modos de análisis. En síntesis, postulan procedimientos eclécticos que posibiliten acceder a los procesos cognitivos y emocionales buscados en un problema complejo, pluridimensional.

El desarrollo de la tesis puede describirse en dos tiempos. Como ya se anticipó, la etapa de exploración inicial en el campo, a través de los cuestionarios filtros utilizados, permitió delimitar la composición de las muestras para la administración de entrevistas y la conformación de los grupos focales, de acuerdo a los criterios de inclusión planteados. Por otro lado, permitió identificar las imágenes asociadas al certificado de discapacidad que conforman el set de láminas de la Técnica de Fotolenguaje que fuera aplicada en el transcurso de cada grupo focal, junto a las pautas de entrevista.

La aplicación del WHODAS 2.0 en los cuestionarios para personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales –otro modo de denominar personas con deficiencias en términos CIF- permitió indagar la autopercepción de la persona con respecto a sus limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación y no la medición de la salud y la discapacidad, como se ha especificado previamente. Este dato reveló información para distinguir personas que presentan diversos aspectos negativos de la condición de salud (deficiencias, limitaciones y/o restricciones) pero no tramitan el CUD.

El análisis de la información recabada en esta primera etapa de campo permitió revisar las ideas previas y reformular la hipótesis.

En la segunda etapa de campo, los datos obtenidos en los cuatro grupos focales realizados (incluyendo la imposibilidad de conformar uno de los grupos propuestos), las entrevistas en profundidad y, en particular, la realizada con el informante clave al final de la etapa -que resultara en un discurso convergente y confirmatorio- brindaron la información necesaria para responder a los objetivos e interrogantes investigativos propuestos.

Se puede concluir que, cuando una persona es poseedora del certificado, este lo ubica y ubica a los otros en un espacio social diferente, donde la línea de demarcación entre “lo que se puede y lo que no” cobra un nuevo sentido, habilitando espacios que para los otros no están permitidos.

El CUD representa un capital social y simbólico que para muchos será “la herramienta” para la inclusión en la vida cotidiana. Estas diferencias generan

una gama de sentimientos y conductas, tales como respeto, rechazo, admiración, orgullo, vergüenza, comodidades e incomodidades, omnipotencia, potencia e impotencia.

Sin duda aquello que habilita no siempre es asequible fácilmente y está condicionado por diversos factores políticos, económicos y sociales, pero su incumplimiento puede y es observado por distintas organizaciones de PcD bajo el amparo de la CDPD, en tanto su reconocimiento como sujetos de derecho. Este amparo genera una fortaleza poderosa, expresada tanto en los movimientos de lucha y resistencia de las PcD, como desde la acción individual de una persona a partir de presentar su certificado para diversas acciones legales, ante el incumplimiento de los derechos-beneficios que debería brindar.

Las RS del CUD presentan significados múltiples en tanto la diversidad de situaciones de discapacidad que comprende, dando cuenta de las modulaciones respecto al núcleo central. Estas RS se inscriben en un contexto de evaluación de un proceso dinámico de funcionamiento-discapacidad, anclado en un marco clasificatorio y descriptivo de la situación de discapacidad como lo representa la CIF, pero mantiene, en su núcleo central, el diagnóstico de enfermedad y el discurso médico que le dio origen. Siempre existe un diagnóstico de enfermedad que representa el núcleo central de las RS, pero no siempre coincide con una limitación significativa de la vida cotidiana. En estos casos, el tipo de vivencia de discapacidad será la que opere en la decisión de tramitar un CUD, para ser poseedor de esa certificación que tiene implicancias simbólicas en la construcción identitaria. En tal sentido, se detecta una fuerte connotación de apoyo inclusive como sostén identificadorio, individual y social.

También la capacidad de autodeterminación fue observada en aquellos que no lo tramitaban, aún con limitaciones más significativas que algunos que lo habían hecho, pero sin identificarse con su condición de discapacidad.

En estos movimientos de aproximación o distanciamiento respecto del CUD subyace la dinámica de los procesos identitarios de esta condición de discapacidad, tanto en la tramitación como en el uso que la persona le otorga en la vida cotidiana. En tal sentido, la representación traduce la relación de un grupo

con un objeto socialmente valorado, especialmente, en la medida en que diferencia a un grupo de otro, tanto por su orientación como por el hecho de su presencia o ausencia.

Los principales hallazgos y las recomendaciones de este estudio se sintetizan a continuación:

1-El *diagnóstico de enfermedad basado en el modelo médico representa el núcleo central de las RS* vinculadas al CUD. Por otro lado, se observa a la condición de salud, la situación de discapacidad y el modelo social como modulaciones periféricas de las RS del CUD que emergen como representaciones polémicas.

La información sobre la singular situación de discapacidad queda encriptada en los códigos alfanuméricos de la evaluación, que solo los expertos alcanzan a descifrar. En tal sentido, a partir de los hallazgos de esta tesis, se recomienda que las PcD conozcan la situación de discapacidad resultante de la evaluación de su funcionamiento y discapacidad que figura en el CUD de un modo descriptivo, siendo partícipes necesarios de la evaluación que se les realiza.

2-La *capacidad de autodeterminación* vinculada al CUD que desarrolla la persona para actuar, como el principal agente causal de su vida, quien toma decisiones respecto a tramitar voluntariamente o no el CUD. De este modo, se observa las RS del CUD asociadas a una estrategia de visibilización. Por otro lado, las tramitaciones en la etapa adulta se presentan junto a creencias de autoeficacia, fortaleciendo un autoconcepto positivo dentro de la dinámica del proceso identitario.

3-La *Identidad de la condición de discapacidad* hace referencia a que, cuando una persona decide certificar su condición de discapacidad, existe una percepción subjetiva acerca del aspecto negativo de la condición de salud (en términos de la CIF), que puede coincidir o no con limitaciones significativas en la vida cotidiana o restricciones en la participación. En tal sentido, esta percepción del sí mismo (autoconcepto) constituye uno de los elementos de la identidad personal y social.

Dentro de la dinámica de los procesos identitarios, se valora positivamente la autoestima grupal en las PcD en los procesos de comparación social a partir del rol que desempeña en este contexto. Si bien no implica una relación unívoca con el autoconcepto individual, dependerá de otros factores para que incida en el mismo, como se observa en las RS del CUD asociadas a la simulación-disimulación en la dinámica del dilema de la diferencia.

4-Rol de la persona con discapacidad: basada en la perspectiva de derechos que aporta la CDPD, donde la autonomía y la autodeterminación están claramente contempladas, la identidad social se expresará en el “rol de la persona con discapacidad”. En tal sentido, las RS del CUD modelan la realidad que se vive cotidianamente y crean nuevos roles sociales, a partir de las prácticas que habilita.

5-Las RS como herramienta habilitadora–herramienta estigmatizante acerca del CUD coexisten en los PS, aunque sobresalen las RS como herramienta habilitadora, en tanto orientación práctica.

La ambivalencia que subyace en la práctica profesional da cuenta de la preeminencia de determinados enfoques teóricos, de la carencia de formación específica respecto al proceso de funcionamiento-discapacidad en las distintas disciplinas. Un ejemplo de ello es que el proceso referido no ha sido lo suficientemente incorporado y desarrollado en la Psicología de la Salud. Por todo ello, se sugiere la necesidad de espacios de intercambio y reflexión acerca de la implicancia de esta orientación para cada sujeto en cuestión y en cada situación particular, desde el ámbito de intervención que se lo aborde.

6-La información que circula en los medios de comunicación (gráficos y digitales) participa en la construcción de las representaciones sociales de CUD, ya sea como guía de trámites burocráticos, como una serie de beneficios reales y deseados o como reconocimiento identitario de la condición de discapacidad e, inclusive, como una amenaza para contextos laborales que dicho reconocimiento podría acarrear. En tal sentido, las OG y ONG deberían desarrollar un protocolo de comunicación sugerido para tratar el tema, otorgando herramientas a medios y

líderes de opinión que quieran referirse al CUD, incluyendo distintas perspectivas en el tratamiento de la información.

7- La tensión entre la *universalidad* y la *focalización* en las políticas públicas en materia de discapacidad persiste en el punto donde la singularidad del apoyo, que requiere cada persona, por su singular situación de discapacidad, se diluye en una prestación universal, con una oferta de beneficios que no siempre brinda la respuesta necesaria a un determinado problema de salud. También se detectan expectativas respecto al CUD por parte de algunas PcD que exceden el apoyo necesario para superar las barreras que, por su singular limitación, enfrentan en la vida cotidiana.

Por otro lado, la *voluntariedad* del trámite que caracteriza al CUD entra en tensión con la *obligatoriedad* que ciertas instituciones imponen para el acceso a los servicios que brindan. De este modo, el CUD adquiere un valor de cambio que modela comportamientos.

Se estima importante identificar estas racionalidades puestas en juego en ocasión de la certificación de discapacidad como una de las políticas públicas existentes en materia de discapacidad, junto al tipo de interrelación que mantienen con el sujeto como portador de esos determinantes.

Limitaciones y desafíos

Este estudio no alcanza a representar a todas las situaciones de discapacidad, ni por condición de salud ni por condición socioeconómica. La diversidad de perspectivas de la población de personas con deficiencia supera ampliamente esta muestra intencionada.

Los términos de la CIF, que conforman el marco de evaluación aplicado en el CUD, se encuentran presentes en este estudio, en función de la formación específica de la tesista al respecto, por lo que resultó de interés comprender cómo las personas con discapacidad y los profesionales conciben la situación de discapacidad, la que, desde el modelo social, se proclama y que el CUD debería reflejar en la evaluación.

Este estudio no contempló a los profesionales de las Juntas Evaluadoras interdisciplinarias de Discapacidad en el ámbito de RMBA, priorizando la viabilidad del proyecto ante posibles barreras burocráticas. No obstante, algunas de las noticias seleccionadas que circulan acerca del CUD dan cuenta de la opinión de ex funcionarios del SNR y el modo en que esta información conforma el marco de la representación analizada. Por otro lado, se estimó importante abordar esta perspectiva desde los profesionales que orientaban al CUD y que aportaría otros significados a la presente investigación.

Otra de las limitaciones de este estudio se encuentra en que se pone énfasis en la certificación de la población adulta. Para futuros estudios, se sugiere incluir la población infanto-juvenil, donde quien decide es un adulto responsable. La participación de la familia en la tramitación y el uso del certificado de discapacidad (padres, parejas) no formaron parte de las dos primeras muestras, aunque sí participan en algunos de los mensajes de los sitios Web seleccionados. Por otro lado, se sugiere no solo contemplar a los padres o familiares responsables que lo llevan a una consulta, sino también a los profesionales que intervienen y que orientan al CUD. De igual modo, se recomienda realizar estudios con la certificación de la discapacidad en la población de la Tercera Edad, dado el crecimiento de estas tramitaciones en los últimos años (SNR, 2016).

En este estudio participaron Veteranos de Guerra de Malvinas, población susceptible de tramitar otro certificado, como lo constituye el Anexo 40. Es un certificado resultante de una evaluación por parte de profesionales pertenecientes al Ministerio de Defensa acerca de las enfermedades incapacitantes, como consecuencia de su participación en el conflicto bélico de Malvinas. Se estima importante plantear un estudio sobre esta certificación, que en muchos es vivido como reconocimiento por su participación en la Guerra, independientemente de las limitaciones que presenten en la vida cotidiana.

Por último, que si bien el estudio de las RS está limitado al contexto socio-histórico donde se produce, su abordaje posibilita entender la dinámica de las interacciones sociales y las determinantes de las prácticas sociales, sin implicar un determinismo estricto. De este modo, la importancia de conocer y

cuestionar el núcleo figurativo de las RS constituye un paso significativo para la modificación de una representación y, por ende, de una práctica social (Banchs, 1991). Indudablemente, el contexto macrosocial, político y cultural de la época en Argentina, pero de modo especial en los centros urbanos, propicia la circulación de una perspectiva de ampliación de derechos para distintos grupos vulnerables y minorías –una de ellas es la que se describe en esta tesis-, de ese modo, los medios de comunicación masivos presentan distintos temas vinculados a las políticas públicas que, luego, se transforman en prototeorías o teorías del sentido común, es decir en RS de los distintos grupos y actores sociales que se ven implicados en tales cuestiones. Así, la dimensión axial de las RS acerca del CUD –enfoque médico- se ve cuestionada desde los grupos más sensibilizados por el enfoque de derechos, aunque no pierda aún su fortaleza.

Es el deseo de esta tesista que este estudio pueda representar un aporte en tal sentido.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. A. (2002). Las técnicas de análisis de contenido: una revisión actualizada. *Fundación Centro Estudios Andaluces, Universidad de Granada, 10(2)*, 1-34. Recuperado de <http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/S200103.pdf>
- Abric, J. C. (1987). *Cooperación, competencia y representaciones sociales*. Suiza: DelVal.
- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: Their functions and roles in the dynamics of Social representations in *Papers on Social Representations, 2(2)*, 75-78.
- Abric, J.C. (2001). Las representaciones sociales: aspectos teóricos. En Jean C. Abric (coordinador), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 11-32). México: Coyoacán.
- Administrador. (4 de noviembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Administrador. (8 de noviembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Administrador (12 de diciembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Administrador. (23 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Administrador. (17 de febrero de 2016). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Administrador. (2 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Administrador a. (28 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Alejandro. (4 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

- Ana María. (16 de octubre de 2015). Como tramitar mi Certificado de discapacidad [Mensaje de Blog]. Recuperado de http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2009/10/28/%C2%BFcomo_tramitar_mi_certificado_de_discapacidad/
- Anónimo. (8 de abril de 2016). Como obtener el certificado de discapacidad. [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://sinbarrerasrosario.blogspot.com.ar/2009/06/como-obtener-el-certificado-de.html>
- Anónimo (18 de julio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>
- Anónimo. (30 de julio de 2015). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>
- Anónimo. (27 de diciembre de 2016). R: Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>
- Araya Umaña, S. (2002). Las representaciones sociales: ejes para la discusión. *Cuaderno de Ciencias Sociales*, 127, 1-84. Recuperado de <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/ICAP/UNPAN027076.pdf>
- Arizaga, C. (2017). *La sociología de la felicidad. Autenticidad, bienestar y management del yo*. CABA: Biblos.
- Argentina. CONADIS. (s. f.). Derechos y Discapacidad. Links de interés. SNR: Certificado único de discapacidad, franquicias y libre estacionamiento. Recuperado de <http://www.conadis.gob.ar/AreaDerechosDiscapacidad>
- Argentina. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (s. f.) Trámites para el certificado de discapacidad. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/tramites/certificado-de-discapacidad>
- Argentina. Gobierno de la Ciudad. COPIDIS. (s. f.). Certificado de discapacidad. Recuperado de <http://www.buenosaires.gob.ar/copidis/guia-de-discapacidad/certificado-de-discapacidad>
- Argentina. Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. COPRODIS. (s.f.). Certificado. Recuperado de <http://www.coprodissg.gov.ar/html/certificado.html>
- Argentina. Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación Dirección de Rehabilitación. Departamento de Evaluación y Valoración de la

- Discapacidad. (agosto, 2016). Certificado de discapacidad ¿Cómo plantearlo? Trabajo presentado en el 9° Congreso Argentino de Salud Integral del Adolescente. 6° Jornadas de Salud y Educación. Sociedad Argentina de Pediatría. [Gráfico]. Recuperado de http://www.sap.org.ar/docs/Congresos2016/2016Mes8%20Adolescencia/JUE/JUE%20Benitez_certif%20de%20discapacidad.pdf
- Argentina. Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación. (s. f.). CUD. Recuperado de <https://www.snr.gob.ar/cud/>
- Argentina. Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación. (2016). Datos estadísticos sobre discapacidad. Recuperado de <https://www.snr.gob.ar/wp-content/uploads/2017/08/Anuario-2016-FINALRE.pdf>
- Asociación Distrofia Muscular para las enfermedades Neuromusculares. [ca.2016]. Certificado único de Discapacidad. CUD. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Ballarella, N. (19 de marzo de 2016). Nueva solicitud del Certificado de discapacidad –CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>
- Banchs, M. A. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on Social Representations*, 9, 3.1-3.15. Recuperado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2000/9_3Banch.pdf
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bardin, L. (1986). *El análisis de contenido*. Madrid: Akal.
- Baruque, C. (16 de enero de 2016). Certificado de discapacidad. [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Barranco Expósito, C. (1999). El certificado de minusvalía. *Revista de Servicios Sociales y Política social*, 48, 63-73.
- Basabe, N. & Páez D. (1992). *Los jóvenes y el consumo de alcohol. Representaciones Sociales*. Bilbao: Fundamentos.
- Begoña Rueda Ruiz, M.; Aguado Díaz, A. & Alcedo Rodríguez, M. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión medular: una revisión bibliográfica. *Intervención psicosocial*, 17(2), 109-124.
- Benyakar, M. (2005). *Lo Traumático. Clínica y Paradoja. El proceso Traumático*. (Vol. 1). Buenos Aires: Biblos.

- Benyakar, M. (2016). Primera parte: Entre el mundo externo y el mundo interno. En Ramos, E.; Taborda, A. y Madeira, C. (comp.), *Lo Disruptivo y lo Traumático: Abordajes posibles frente a situaciones de crisis individuales y colectivas* (pp.13-137). San Luis: Nueva Editorial Universitaria.
- Berger, P. L. & Luckman, T. (1966). *The social construction of knowledge: A treatise in the sociology of knowledge*. NY: Doubleday
- Bianco, M. I. (16 de febrero de 2016). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Billig, M. (1987). *Arguing and thinking: A Rhetorical Approach to Social Psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Blech, J. (2005). *Los inventores de la enfermedad. Como nos convierten en pacientes*. Barcelona: Destino.
- Booth, T. & Ainscow, M. (2002). *Index for inclusión. Developing learning and participation in schools*. London: CSEI.
- Boscovic, J. (11 de junio de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Botero Soto, P. A. & Londoño Pérez, L. P. (2013). Factores Psicosociales predictores de calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*, 16(2), 125-137.
- Breakwell, G. (1993). Social representations and Social Identity. *Papers on Social Representations*, 2(3), 1-217.
- Broyna, P. (2006a). El nuevo paradigma de la discapacidad y el rol de los profesionales de la rehabilitación. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/277871773_El_nuevo_paradigma_de_la_discapacidad_y_el_rol_de_los_profesionales_de_la_rehabilitacion
- Broyna, P. (2006b). *La discapacidad ¿una obra escrita por los actores de reparto?* (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://portal.sre.gob.mx/pcdh/libreria/libro11/posicion%20de%20discapacidad.pdf>
- Broyna, P. (2009). Las representaciones de la discapacidad: la vigencia del pasado en las estructuras sociales presentes. En Broyna P. (comp.) *Visiones y revisiones de la discapacidad*. III parte, pp. 127-187. México: FCE.
- Broyna, P. (2012). *Condición de adulto con discapacidad intelectual. Posición social y simbólica del "otro"*. (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://132.248.9.195/ptd2013/abril/505451158/505451158.pdf>
- Bultler J. (2017). *Cuerpos aliados y lucha política*. Buenos Aires: Paidós.

- Cáceres, C.; Granja G.; Osella N. & Percovich, N. (2017). *Derechos humanos en salud en el camino de implementación de la Ley Nacional de Salud mental*. Lanús: ADESAM
- Carrera, F. (28 de agosto de 2015). El certificado único de discapacidad (CUD). Su importancia: Derechos y Beneficios [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios>
- Carrizo, I. (20 de junio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad>
- Carvalho, R. (2009). La clasificación de la funcionalidad y su influencia en el imaginario social de las discapacidades. En P. Brogna (comp.), *Visiones y revisiones de la discapacidad* (pp. 123-127). México: FCE.
- Cassell, E. (1976). Illness and Disease. *The Hastings Center Report* 6(2), 27-37.
- Catalayud, F. M. (1997). *Introducción al estudio de la psicología de la salud*. México: UniSon.
- Certau, M. de (2000). Valerse de usos y prácticas. En *La invención de lo cotidiano* (1ra. reimpresión edición en español). (p.35-52) México: Cultura Libre.
- Chamorro, M. (2015). *Pensar la Discapacidad hoy: Discurso que atraviesan la infancia y la adolescencia a partir del diagnóstico de la discapacidad*. Facultad de Psicología, UNR, Argentina. Recuperado de <http://www.fpsico.unr.edu.ar/wpcontent/uploads/2012/11/CHAMORRO-M-1%C2%BAC-2015.pdf>
- Cicero, G. (20 de abril de 2014). Agentes virtuales. *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1682807-agentes-virtuales>
- Conrad, P. & Schneider, J. (1992). From Badness to Sickness. Changing Designations of Deviance and Social Control. En Temple University (2nd. expanded edition), *Deviance and Medicalization*. (pp.17-37). Philadelphia: Temple University Press
- Conrad, P. (2007). Measuring Medicalization: Categories, Numbers and Treatment. En John Hopkins University Press (1st. edition), *The medicalization of society: On the transformations of human conditions into treatable disorders* (pp.117-132). Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Contente, S. (2015). Cambiar el nombre del "Certificado de Discapacidad" por "Certificado de Accesibilidad". [Mensaje de Blog]. Recuperado de <https://www.change.org/p/cambiemos-el-nombre-certificado-de-discapacidad-por-certificado-de-accesibilidad-aagustinportela-snrargentina>

Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad [ca.2006].
Recuperado de
<http://www.un.org/spanish/disabilities/convention/qanda.html>

Cortes Reyes, E.; Moreno Angarita, M.; Cárdenas Jiménez, A.; Zaret Mena Ortiz, A. & Giraldo Rátiva, Z. (2013). *El estado del arte en certificación de discapacidad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.

Côté, J. E. (2002). The role of identity capital in the transition to adulthood: The individualization thesis examined. *Journal of Youth Studies*, 5(2), 117-134.

De Iducibus, M. G. (2006). *La construcción de la discapacidad como problema social*. (Tesis de Licenciatura no publicada). Facultad de Filosofía y Letras. Departamento de Ciencias Antropológicas. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

De los Santos Roig, M. (2009). *Evaluación de las creencias del sentido común sobre la enfermedad. Creación de la escala de la representación cognitiva sobre la enfermedad*. (Tesis Doctoral). Recuperado de <http://hera.ugr.es/tesisugr/18515198.pdf>

De Pena, L. y Silva, C. (2017). Perspectiva bioética y sus aportes al campo de la Salud mental. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp-69-87). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.

De Souza Pinho Costa, V; Costa Mello, MR; Garanhani, ML & Fujisawa, D.S. (2010). Representações sociais da cadeira de rodas para a pessoa com lesão da medula. *Revista Latino-Am Enfermagem*, 18(4), 1-8.

Denzin, N. & Lincoln, Y. (comps.). (2012). *Paradigmas y perspectivas en disputas. Manual de Investigación Cualitativa*. Vol. II. Buenos Aires: Gedisa.

Devenney, M. (2004). *The social representations of Disability: Fears, fantasies and Facts*. (PhD Thesis). Clare Colleague, Cambridge, UK. Retrieved from <http://disabilitystudies.leeds.ac.uk/files/library/devenney-PhD-Final-including-bibliography-.pdf>

Diefenbach, M. & Leventhal, H. (1996). The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38.

Diego. (2 de febrero de 2016) Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Di Iorio, J. (2014). Aproximaciones al concepto de Representación social. Ficha de cátedra de Psicología Social, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <http://www.bibliopsi.org/docs/carreras/obligatorias/CFG/social/wainstein/Aproximaciones-al-concepto-de-Representacion-Social-2.pdf>

- Doise W. (1991). Las representaciones sociales: presentación de un campo de investigación. *Suplementos Anthropos*, 27,196-207.
- Dolcini, M.M. & Adler, N.E. (1994). Perceived competencies, peer group affiliation, and risk behavior among early adolescents. *Health Psychology*, 13, 496–506.
- Egea C. & Sarabia A. (2001). Experiencias de aplicación en España de la Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Documentos 58/2001. Real Patronato sobre discapacidad Recuperado de <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/15433.pdf>
- Egea C. & Sarabia A. (2003) Nuevos conceptos y Terminología de la Discapacidad en la CIF desde la OMS. En M.A. Verdugo Alonso y F.B. Jordán de Urries Vega (coord.) *Investigación, Innovación y Cambio. V Jornadas de Investigación sobre discapacidad*. (pp.797-810). Salamanca: Amarú
- Emanuel. (14 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Espacio Interdisciplinario Universidad de la República. (2017). *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos*. Montevideo, Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Esquivel, M. L. & Figari C. (2005). El sistema de prestaciones básicas para las personas con discapacidad. En Fundación Par (comp.), *La discapacidad en la Argentina: Un diagnóstico de situación de las políticas públicas vigentes a 2005* (pp.232-238). Buenos Aires: Fundación Par.
- Esser Díaz, J. & Rojas Malpica, C. (2006). Representaciones sociales de la discapacidad. Estudio de opinión en universitarios de las ciencias de la salud de la Universidad de Carabobo. Centro Universitario de la Salud. Guadalajara, México. *Investigación de salud*, 8(33), 158-164.
- Federici, S. & Meloni, F. (2010). WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. In J.H. Stone & M. Blouin (editors), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Retrieved from <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/299/>
- Ferrante, C. (2013). *¿El negocio de la manga?: discapacidad, caridad y capitalismo en la Ciudad de Buenos Aires*. Trabajo presentado en VII Jornadas de Jóvenes investigadores, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, UBA, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-076/182.pdf>
- Ferrante C. & Ferreira M. A. V. (2008). Cuerpo, discapacidad y trayectorias sociales. Dos estudios de casos comparados. *Revista de antropología experimental*, 8(29), 403-428.

- Ferrante C. & Ferreira M. A. V. (2011). Cuerpo y habitus: el marco estructural de la experiencia de la discapacidad. *Intersticios*, 5(2), 85-101.
- Ferrante, C. & Venturiello, M. P. (2014). El aporte de las nociones de cuerpo y experiencia para la comprensión de la discapacidad como asunto político. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 14(2), 45-59.
- Ferreira, M. A. V (2007). Prácticas sociales, identidad y estratificación: tres vértices de un hecho social, la discapacidad. *Intersticios*, 1(2), 1-14.
- Ferreira M. (2008). La construcción social de la discapacidad: habitus, estereotipos y exclusión social. *Nómadas. Revista Crítica de Ciencias Sociales y Jurídicas*, 17(1). Recuperado de <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/nomadas/17/mferreira.pdf>
- Ferreira M. (2009, septiembre). *Discapacidad, corporalidad y dominación: La lógica de las imposiciones clínicas*. Trabajo presentado en XXVIII Congreso Alas. Buenos Aires. Recuperado de http://www.um.es/discatif/TEORIA/ALAS09_Ferreira.pdf
- Ferreira M. (2010). De la minus -valía a la diversidad funcional: un nuevo marco teórico-metodológico. *Política y Sociedad*, 47(1), 45-65 Recuperado de https://www2.iberopuebla.mx/micrositios/cu2015/docs/discapacidad/De%20la%20minusvalia%20a%20la%20diversidad%20funcional_Miguel%20Ferreira.pdf
- Figari, C. (1998). *En el contexto de una Obra Social: procedimientos de evaluación y orientación interdisciplinaria para las personas discapacitadas*. (Tesis de Maestría no publicada). Facultad de Psicología. INICO. Universidad de Salamanca, España.
- Figari, C. (2012, noviembre). *El paradigma del Funcionamiento y la Discapacidad en un entorno comunitario*. Trabajo presentado en XII Jornadas Salud Mental y Comunidad, Entre Ríos. Recuperado de http://www.coper.org.ar/datos/fotos/200_1.pdf
- Figari, C. (2013, agosto). *Entre la autodeterminación y la dependencia en la Tercera Edad. Acerca de los efectos del certificado de discapacidad*. Actas III Jornadas de Trabajo social en el campo gerontológico. La Plata: UNLP.
- Figari, C. & Figari, T. (2004a). Acerca de la nueva concepción de discapacidad. En Tomás Figari (comp.), *Apuntes de Neuropsicopedagogía. Problemática del Fracaso Escolar* (pp.590-601). Buenos Aires: La Colmena.
- Figari, C. & Figari, T. (2004b). Ayer y Hoy en la integración de la persona discapacitada. Movimientos de inclusión y exclusión social. En Tomás Figari (comp.), *Apuntes de Neuropsicopedagogía. Problemática del Fracaso Escolar* (pp.576-589). Buenos Aires: La Colmena.
- Flamenco, F. (14 de abril de 2016). El certificado único de discapacidad (CUD) Su importancia: Derechos y Beneficios [Comentario en un Foro en Línea].

Recuperado de: <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios>

- Flament, C. (1986). L'analyse de similitude : une technique pour les recherches en sciences sociales. In W. Doise & A. Palmonari (Eds.), *L'étude des représentations sociales* (pp. 139- 156). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. (2ª. ed.). Madrid: Morata.
- Florencia (21 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales?* Buenos Aires: Planeta.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. El nacimiento de la prisión*. (1º ed.) Buenos Aires: Siglo XXI.
- Foucault, M. (1994). La ética del cuidado de uno mismo como práctica de la libertad. (Fernando Álvarez Uria trad.). En *Hermenéutica del sujeto* (pp.105-142). Madrid: La Piqueta.
- Gabriel. (26 de junio de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad/>
- Garaigordobil, M. (2011). *LAEA Listado de adjetivos para la evaluación del autoconcepto*. Madrid: Tea Ediciones.
- Garay Porras, D. (2012). RESIGNIFICAR PARA RE-EXISTIR. Narrativas corporales de los sordos usuarios de Lengua de Señas Colombiana LSC, como práctica de resistencia al biopoder. (Tesis de Maestría). Universidad de Bogotá. Colombia
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40(3), 266-275.
- Giulani, L. (28 de junio de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>
- Glaser, B. & Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory of qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company 46.
- Grippo, J. (21 de noviembre de 2015). Carta de Lectores. *La Nación*. Recuperado el 17 de diciembre de 2015 <http://www.lanacion.com.ar/1847470-cartas-de-los-lectores>

- Griselda. (30 de octubre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Goffman, E. (1970). *Estigma: La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Goffman, E. (1981). *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gómez, Z. (6 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- González Barón, R.; Montoya Castilla, I.; Casullo, M. & Bernabú Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- González Vega, M.; Verdugo, M. A. & Gonzáles Gil, F. (2007). Calidad de vida y autoconcepto en adolescentes con necesidades educativas especiales y sin ellas. *Infancia y aprendizaje*, 30(4), 523-536.
- Good, B. (2003) El cuerpo, la experiencia de la enfermedad, y el mundo vital: una exposición fenomenológica del dolor crónico. (Víctor Pozanco, trad.). En *Medicina, Racionalidad y Experiencia. Una Perspectiva Antropológica*. Barcelona: Bellaterra. (Obra original publicada en 1994).
- Guber, R. (2001). *La etnografía. Método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial Norma. Recuperado de: <https://antroporecursos.files.wordpress.com/2009/03/guber-r-2001-la-etnografia.pdf>
- Guideti, M. P. (septiembre, 2015). *La certificación de discapacidad ¿Un derecho que estigmatiza?* Trabajo presentado en el I ° Congreso Latinoamericano de Salud mental, Salta. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/284770464/Trabajo-Jornadas-de-Infancia-Pia-Guideti-2015>
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2003). A Meta-Analytic Review of the Common-Sense Model of Illness Representations. In *Psychology & Health*, 18(2), 141-184.
- Hernández, A. (2013). *Persona con discapacidad: El termino correcto*. Recuperado de <http://www.fnd.cl/personacondiscapacidaddelterminocorrecto.html>
- Hernández Sampieri R., Fernández Collado C. & Baptista Lucio P. (2006). *Metodología de la investigación*. (4ª. ed.). México: Mc. Graw Hill.
- Herrera Venturini, L. & Medina, C. (2017). *La participación del psicólogo en la Junta Evaluadora de la Discapacidad* (Tesis de licenciatura). Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.

- Herzlich, C. & Pierret, J. (1988). De ayer a hoy: Construcción social del enfermo. *Cuadernos médicos sociales*, N°43, 21-30.
- Hogg, M. & Vaughan, M. (2010). Yo e Identidad. En *Psicología Social* (5ta.ed.), (pp.111-144). Madrid: Médica Panamericana.
- Hughes, B. & Paterson, K. (2008). El modelo social de la discapacidad y la desaparición del cuerpo: hacia una sociología del impedimento. En L. Barton (comp.), *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 107-123). Madrid: Morata.
- Iglesias, M. G. & Palacios, A. (2017). La Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. La Salud mental y los Derechos Humanos ¿logros para mañana? En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp.15-50). Montevideo-Uruguay: Psicolibros Universitario.
- Jodelet, D. (1984). La representación social: Fenómenos, conceptos y teorías. En S. Moscovici (comp.), *Psicología Social II* (pp. 469-493). Barcelona: Paidós. Recuperado de <https://sociopsicologia.files.wordpress.com/2010/05/rsociales-djodelet.pdf>
- Jodelet, D. (1989). Representaciones sociales: un dominio en expansión. En D. Jodelet (Ed.), *Las representaciones sociales* (pp.31-61). París: PUF.
- Jodelet, D. (2013). Encounters between forms of knowledge. *Papers on Social Representations*, 22, 9.1-9.29. Retrieved from http://www.academia.edu/Jodelet_D._2013_.Encounters_between_forms
- Joly, E. (2007). *La discapacidad: una construcción social al servicio de la economía*. Clase dictada en el Posgrado de Actualización y Profundización en Discapacidad. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, UBA. Recuperado de <http://www.rumbos.org.ar/discapacidad-una-construccion-social-al-servicio-de-la-economia-clase-facderuba>
- Kaplan, D. (s.f.). The definition of disability. [Fecha de consulta 25 de abril de 2017]. Available on <http://www.accessiblesociety.org/topics/demographics-identity/dkaplanpaper.htm>
- King, G.; Willoughby, C.; Specht, J.A & Brown E. (2006). Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities. *Qual Health Res*, 16(7), 902-25.
- Lapalma, A. (2001). El escenario de la intervención comunitaria. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile*, 10(2), 61-70.
- Larsen, R J. & Buss, D. M. (2005). Approaches to the self. In *Personality Psychology: domains knowledge of human nature* (2°. ed.), pp. 444-471. Boston: Mc. Graw Hill.

- Leventhal, H., Meyer, D., & Nerez, D. (1980). The common-sense representation of illness danger. In S. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* 2, 7–30. New York: Pergamon.
- Ley N° 24.901. Sistema de prestaciones básicas en Habilitación y Rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad, InfoLEG, Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos, Argentina 2 de diciembre de 1997. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/45000-49999/47677/norma.htm>
- Ley N° 25.504. Modificación de la Ley N° 22.431. Establecese que el Ministerio de Salud de la Nación expedirá el Certificado Único de Discapacidad, InfoLEG, Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos, Argentina 12 de diciembre de 2001. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/70726/norma.htm>
- Ley N° 26.368. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, InfoLEG, Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos, Argentina, 6 de junio de 2008. Recuperado de <http://www.infoleg.gov.ar/infolegInternet/anexos/140000-144999/141317/norma.htm>
- Ley N° 26.657. Derecho a la Protección de la Salud mental, InfoLEG, Ministerio de Justicia y de Derechos Humanos, Argentina, 2 de diciembre de 2010. Recuperado de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>
- Linton, S. (1998). *Claiming Disability: Knowledge and Identity*. New York: New York Press.
- Lopes, P. (2014). Negociando deficiências: Identidades e subjetividades entre pessoas com “deficiência intelectual”. (Título de Mestre em Antropologia). Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Departamento de Antropologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. São Paulo. Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8134/tde-11062015-160729/pt-br.php>
- López Alonso A. (2006). *Tesis doctorales*. Buenos Aires: Leuka.
- López-Justicia, M. D., Fernández de Haro, E., Amezcua, J. A. & Pichardo, M. C. (2000). ¿Difieren en autoconcepto los adolescentes con baja visión de los adolescentes con visión normal? *Integración*, 33, 14-20.
- López-Justicia, M. D., Fernández, C. & Polo, M. T. (2005). Relación entre el nivel de estudios y el autoconcepto en adultos con discapacidad motora. *Psicología Educativa*, 11(2), 99-111.

- López Mainieri, W. (2015). La autodeterminación como derecho social de las personas con discapacidad. *Riberdis*, 17, 40-47 Recuperado de <http://riberdis.cedd.net/handle/11181/4985>
- Lorena (30 de junio de 2016) Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>
- Lucila (2 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Malfé, R. (1994). *Fantásmata. El vector imaginario de los procesos y las instituciones sociales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- María de los Ángeles (19 de enero de 2016). ¿Qué es un certificado de discapacidad? [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>
- Mareño Sempertegui, M. & Masuero, F. (2010). La discapacitación social del diferente. *Intersticios, Revista sociológica de pensamiento crítico*, 4(1), 95-105.
- Mareño Sempertegui, M. (2012). El saber convencional sobre la discapacidad y sus implicancias en las prácticas. En Almeida, M.E. y Angelino M. A. (comp.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 133-145). Paraná: UNER.
- Marková, I. (2003). *Dialogicality and Social Representations. The Dynamics of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press
- Marta (19 de marzo de 2016). Nueva solicitud del Certificado de discapacidad –CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>
- Martín (21 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Martínez, J. (12 de octubre de 2015). Como tramitar mi Certificado de discapacidad [Mensaje de Blog]. Recuperado de http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2009/10/28/%C2%BFcomo_tramitar_mi_certificado_de_discapacidad/
- Mercado Maldonado, A. & Hernández Oliva, A. (2010). El proceso de construcción de la identidad colectiva. *Convergencias* 53, pp.229-251
- Mittelbrunn, C. (2008). Conceptos fundamentales de la salud a través de su historia reciente. Recuperado de [http:](http://)

//www.fedicaria.org/miembros/fedAsturias/Apartado_7/CONCEPTOS_FUNDAMENTALES_SALUD_HISTORIA_PONTE.pdf

- Miño, S. M. (9 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Montero, M. (2003). El poder de la comunidad. En *Teoría y Práctica de la psicología comunitaria* (pp.31-57). Buenos Aires: Paidós.
- Mora M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea digital* 2. Recuperado de <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Moral, M. V. (2008). Crítica a la Visión Dominante de Salud-Enfermedad desde la Psicología Social de Salud. Patologización preventiva de la vida cotidiana. *Boletín de Psicología*, 94, 85-104.
- Morant, N. (1996). *Social representations of mental illness: A study of British and French mental health professionals*. (PhD.thesis). Department of Social Psychology. London School and Economics Political Science.
- Moscoso M. (2011). La discapacidad como diversidad funcional: los límites del paradigma etnocultural como modelo de justicia social. *Dilemata*, 7,77-92.
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público* (2ª. ed.). Buenos Aires: Huemul.
- Moscovici, S. (1984). *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of social representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211-250.
- Moscovici, S. (1993a). Introductory Address en *Papers on Social Representations*, 2(3), 160- 170.
- Moscovici, S. (1993b). The return of the unconscious. *Social Research*, 60(1), 39-93.
- Moscovici, S. (2000). *Social representations. Explorations in Social Psychology*. Cambridge: Polity Press.
- Moscovici, S. et Vignaux, G. (1994). Le concept Thémata. In Dans C. Guimelli (Ed.), *Structure et transformations des représentations sociales, Textes de base en sciences sociales* (pp. 25-72). Neuchâtel: Delachaux et Niestlé.
- Munévar, M. D. (2013). Distanciamientos epistémicos dentro de los estudios sobre discapacidades humanas. *Universitas Humanísticas*, 76, 299-314.

- Navarro, M. (2015). *La certificación de la discapacidad en la Ciudad de Buenos Aires*. (Trabajo de especialización). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires. Argentina.
- Núñez González, J.M. (2014). La construcción social de las personas con discapacidad. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*, 8(2), 77. Recuperado de <http://www.intersticios.es>
- Ofman, D. (2012). Aproximaciones al estudio de la salud y la enfermedad: el caso de la diabetes mellitus. *Revista virtual de la Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Universidad del Salvador*, 27, 34-42.
- Ofman, D.; Pereyra Girardi C.; Cofreces P. & Stefani D. (2015). Estudio de las Representaciones Sociales de la Hipertensión arterial según Género. *Liberabit Revista de Psicología*, 21(1), 59-70. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68639580006>
- Oliver, M. (2008). Políticas Sociales y discapacidad. Algunas precisiones conceptuales. En L. Barton (comp.) *Superar las barreras de la discapacidad* (pp. 19-38). Madrid: Morata.
- Olivera, G. (2008). El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria en salud. Buenos Aires. Recuperado de <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/discapacidad.pdf>
- Oranges, S. (7 de junio de 2016). En uno de cada cinco hogares de la Argentina vive una persona con discapacidad. *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1906505-en-uno-de-cada-cinco-hogares-de-la-argentina-vive-una-persona-con-discapacidad>
- Orbaiz, C. (3 de noviembre de 2017). Discapacidad, poder distinto. [Archivo de video]. Recuperado de <https://www.youtube.com/watch?v=4NuF4HD94Qs>
- Organización Mundial de la Salud (1980). *Clasificación de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías*. Madrid: INSERSO
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (2015). Parte 3. Versiones del WHODAS 2.0. En K. Revirol y D. Accorsi (trads.), *Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0*. (3), pp. 133-134. CABA: SNR. (Trabajo original publicado en 2010).
- Organización Naciones Unidas. (2006, agosto). Convención Internacional de los derechos de las personas con discapacidad. Recuperado de <http://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

- Páez, D. (1987). *Pensamiento, individuo y sociedad: Cognición y representación social*. Madrid, España: Fundamentos.
- Páez, D., Zubieta, E. & Mayordomo, S. (2004). Identidad. Auto-concepto, auto-estima, auto-eficacia y locus de control. En: D. Páez, I. Fernández, S. Ubillos & E. Zubieta (Coords.) *Psicología social, cultura y educación* (pp. 125-193). Madrid: Pearson Prentice Hall.
- Pantano, L. (1993). *La discapacidad como problema social. Un enfoque sociológico: reflexiones y propuestas*. Buenos Aires: Eudeba.
- Pantano, L. (2005). De las personas con discapacidad y de la discapacidad. Condición y situación. Recuperado de http://www.educared.org.ar/integrared/links_internos/noticias/discapacidad_pantano/index.asp
- Pantano, L. (2009). Nuevas Miradas en Relación con la Conceptualización de la Discapacidad. En Brogna, P. (comp.) *Visiones y Revisiones de la Discapacidad* (pp.23-73). FCE: México
- Pastor, Y.; Balaguer, I. & García Merita, M. (2006). Relaciones entre el autoconcepto y estilo de vida saludable en la adolescencia media: un modelo exploratorio. *Psicothema*, 18(1), 18-34.
- Pérez, J. I. & Garaigordobil, M. (2007a). Deficiencia auditiva: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Análisis y modificación de conducta*, 33(148), 159-183.
- Pérez, J. I. & Garaigordobil, M. (2007b). Discapacidad motriz: autoconcepto, autoestima y síntomas psicopatológicos. *Estudios de Psicología*, 28(3), 343-357.
- Pérez Acevedo, L. (2012). Modelo conceptual colombiano de discapacidad e inclusión social. En Almeida, M.E. & Angelino M. A. (comp.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 154-168). Paraná: UNER.
- Pérez Fernández R. (2017). ¿Enfermedad mental o sufrimiento psíquico? En Espacio interdisciplinario en Salud mental de la República (comp.), *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (p.105-123). Psicolibros Universitario: Uruguay.
- Polo, M. T. & López Justicia, M. D. (2012). Autoconcepto de estudiantes universitarios con discapacidad visual, auditiva y motora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(2), 87-98.
- Prado, C.A. (2017). *Construir para el encuentro. Un abordaje posible para intervenir en grupos vulnerables*. Bs.As.: Dunken.
- Prado Ordoñez Fernández, M. (2010). ¿Histeria, simulación o neurosis de la renta? *Revista Clínica Médica*, 3(1), 39 - 45. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v3n1/especial1.pdf>

- Psicop. (19 de marzo de 2016). R: Nueva solicitud del Certificado de discapacidad – CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>
- Querejeta González M. (2004) Discapacidad y Dependencia. Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO. Recuperado de <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/cif/index.htm>
- Quiroga, M. (17 de diciembre de 2015). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>
- Quiroga, M. (22 de marzo de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>
- Quiroga, M. (23 de junio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>
- Ramírez Ramos, S.M. (2012). *La Discapacidad y su Representación social en Militares con Discapacidad Física* (Tesis de Maestría). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7603/1/599073.2012.pdf>
- REDI (2011). El Derecho a la Autonomía de las Personas con Discapacidad como Instrumento para la Participación Social. Buenos Aires: REDI.
- Resolución N ° 675/2009. Ministerio de Salud. Servicio Nacional de Rehabilitación. Argentina, 12 de mayo de 2009. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/150000-154999/153565/norma.htm>
- Revirol, K. (noviembre, 2014) La aplicación de la CIF en América Latina. El caso argentino. Clase dictada en el Curso Internacional de Instructores CIF. Santiago de Chile.
- Ripa, L. (2014). Filosofía sobre las personas con discapacidad. En Necchi, Suter y Gaviglio (comp.), *Personas con discapacidad: su abordaje desde miradas convergentes* (pp. 27-60). Bernal: Universidad Nacional de Quilmes.
- Robertazzi, M. (1999). *Representaciones sociales de los psicólogos acerca de su práctica profesional*. (Tesis de Maestría no publicada). Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Entre Ríos.

- Robertazzi, M. (2007). Representaciones Sociales e imaginario Social. Ficha de la cátedra Psicología Social II. UBA. Recuperado 10 de junio de 2016 de http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/036_psicologia_social2/representaciones.pdf
- Robertazzi, M. (2015). Las representaciones sociales de psicólogos y psicólogas de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires acerca de su práctica profesional. *Premio Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires* (pp. 35-54). Buenos Aires: Facultad de Psicología.
- Rodríguez Díaz, S. & Ferreira, M. (2010). Desde la Discapacidad hacia la Diversidad funcional. *Revista Internacional de Sociología*, 68(2), 289-309.
- Rodríguez Marín, J. & Neipp López, M.C. (2008). Apoyo social y salud. En *Manual de Psicología Social de la Salud* (pp. 101-115). Madrid: Síntesis.
- Rodríguez Salazar, T. (2007). Sobre el estudio cualitativo de la estructura de las representaciones sociales. En Rodríguez Salazar y García Curiel (coord.), *Representaciones Sociales. Teoría e investigación* (pp.157-191). Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades.
- Rodríguez Suárez, N.; Ballesteros, M. & Ortiz Suárez, J. (2011). Representaciones Sociales en Discapacidad en Neiva. *ENTORNOS*, 24, 259-276.
- Romanach J. & Lobato M. (2005). Diversidad funcional, nuevo término para la lucha por la dignidad en la diversidad del ser humano. Recuperado de <http://www.forovidaindependiente.org/node/45>
- Rosato A. & Angelino M. A. (comp.) (2009). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. Buenos Aires: Novedades Educativas.
- Rozenfeld, A. (2012). *La resiliencia: esa posición subjetiva ante la adversidad*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Rueda Ruiz, M^a B., Alcedo Rodríguez, M^a Á. & Aguado Díaz, A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la Lesión Medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Psychosocial Intervention*, 17(2), 109-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814018002>
- Saforcada, E.; De Lellis, M. & Mozobancyks, S. (2010). *Psicología y Salud Pública. Nuevos aportes desde la perspectiva del factor humano*. Buenos Aires.: Paidós.
- Santoro, M. (2de agosto de 2014). Los beneficios de tramitar el certificado único de discapacidad. *La Nación*. Recuperado de <http://www.lanacion.com.ar/1714334-los-beneficios-de-tramitar-el-certificado-unico-de-discapacidad>

- Scandroglio, B.; López Martínez, J.S. & San José Sebastián, M.C. (2008). La Teoría de la Identidad Social: una síntesis crítica de sus fundamentos, evidencias y controversias. *Psicothema*, 20(1), 80-89.
- Schalock, R. & Verdugo, M.A. (2001). El concepto de calidad de vida en los servicios humanos. En Verdugo Alonso M.A. y Borja Jordán de Urries Vega F. (coord.), *Apoyos, autodeterminación y calidad de vida*. Actas IV Jornadas Científicas de Investigación sobre personas con discapacidad (pp.105-112). Salamanca: Amarú.
- Scheper- Hughes, N. & Lock. M. (1987). The mindful body. A prolegomenon to future works in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), 6-41.
- Semeraro, O. (noviembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Shakespeare, T. (2013). The social model of disability. En Davis L. (ed.), *The Disability Studies Reader* (pp. 214-221). New York: Routledge.
- Shakespeare, T. & Watson N. (2002). The social model of disability: an outdated ideology. *Journal Research in Social Science and Disability*, 2, 9-28.
- Silberskasten, M. (2014). *La construcción imaginaria de la discapacidad*. (2ª.ed.) Buenos Aires: Topia.
- Singer, M. (2004). The social origins and the expressions of illness. *British Medical Bulletin*, 69(1), 9-16.
- Singer, M. (2014). Los orígenes y expresiones sociales del padecimiento (Victoria Salsa Cortizo y Clara Guilligan trads.). *British Medical Bulletin*, 69(1), 9-16. (Obra original publicada en 2004)
- Sitios web. (s. f.). Wikipedia. Recuperado de https://es.wikipedia.org/wiki/Sitio_web
- Skliar, C. (2003). *¿Y si el otro no estuviera ahí? Notas para una pedagogía improbable de la diferencia*. Buenos Aires: Libronauta.
- Soto Builes, R. & Vasco, C. E. (2008). Representaciones sociales y discapacidad. *Hologramática*. Facultad de Ciencias Sociales. UNLZ 8(1), 3-22. Recuperado de http://www.cienciarred.com.ar/ra/usr/3/568/hologramatica08_v1pp3_23.pdf
- Stuart Hall (2003). Introducción ¿Quien necesita identidad? En Stuart Hall & Paul Du Gay (Comp.), *Cuestiones de identidad cultural* (pp.13-39). Buenos Aires-Madrid: Amorrortu.
- Tajes, N. (5 de agosto de 2015). Como tramitar mi Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de

http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2009/10/28/%C2%BFcomo_tramitar_mi_certificado_de_discapacidad/

- Tajfel, H. & Turner, J. C. (1979). An integrative Theory of Intergroup Conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp.33-46). Monterrey, CA: Brooks-Cole.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1986). The social identity theory of intergroup behaviour. En S. Worchel & W. G. Austin (Eds.), *The Psychology of intergroup relations* (pp. 7–24). Chicago, IL: Nelson-Hall.
- Torres López, T. M. (2002). Una aproximación cualitativa al estudio de las enfermedades crónicas: las representaciones sociales. *Revista Universidad de Guadalajara*, 23, 35-44. Recuperado de <http://www.cge.udg.mx/revistaudg/rug23/art4dossier23.html>
- Torres-López, T. M.; Munguía Cortés, J.; Pozos Radillo, B. & Aguilera Velasco, M. A. (2010). Representaciones sociales sobre la salud y la enfermedad de la población adulta de Guadalajara, México. *Revista Atención Primaria* 42(3), 154-161.
- Turner, J.C. (1985). Social categorization and the self concept: A social cognitive theory of group behavior. En E. L. Lawler (Eds.), *Advances in group processes: Theory and research* (pp.77-122). Greenwich: JAI Press.
- Turner, J.C. & Onorato, R. (1999). Social categorization, personality and the self - concept: A self- categorization perspective. En T. Tyler; R. Kramer & O. John (Eds.), *The Psychology of the Social Self* (pp.11-46). Nueva York: Psychology Press.
- Vala, J. (1999). *Novos Racismos*. Lisboa: Celta
- Vallejos, I. (2009). La discapacidad diagnosticada y la certificación del reconocimiento. En A. Rosato y M. A. Angelino (Coord.). *Discapacidad e ideología de la normalidad. Desnaturalizar el déficit*. (pp.187-213). Buenos Aires: NovEduc.
- Vallejos, I. (2010). Tensiones entre el modelo médico y el modelo social ¿Y si la discapacidad no estuviera dada en la naturaleza? *Cuadernos del INADI*, 01. Buenos Aires. Recuperado de <http://cuadernos.inadi.gob.ar/cuadernos-del-inadi-01.pdf>
- Vallejos, I. (2012). Entre focalización y universalidad de las políticas en discapacidad: el enfoque de derechos. En Almeida, M.E. & Angelino M. A. (comp.), *Debates y perspectivas en torno a la discapacidad en América Latina* (pp. 201-209). Paraná: UNER.
- Vargas Pineda, D. R. (2006). *Representaciones Sociales de la Discapacidad en los Consejos Locales de Bogotá D. C.* (Tesis de maestría).Recuperado de

http://coloquiodiscapacidad.com/investigaciones/phocadownload/Imaginario-y-representaciones-sociales/Vargas_2006.pdf

- Vásquez Barrios, A. (2008). Situación de la discapacidad en las Américas. En Cáceres y Vásquez Barrios (comp.), *El abordaje de la discapacidad desde la atención primaria de la salud* (pp.20-25). Buenos Aires: OPS.
- Vázquez García, F. (2015). Georges Canguilhem y la biopolítica de las discapacidades. En *Sociología Histórica*, 5, pp.93-126. Recuperado de <http://revistas.um.es/sh/article/view/232451/186621>
- Vázquez Navarrete, M.L. (2006). El rigor en la investigación cualitativa. En Vázquez Navarrete, M. L. (comp.), *Introducción a las técnicas cualitativas de investigación aplicadas en salud* (pp. 81-96). Universidad Autónoma de Barcelona.
- Vera, N. J. A. & Valenzuela, M. J. E. (2012). El concepto de identidad como recurso para el estudio de transiciones. *Psicología & Sociedade*, 24(2), 272-282.
- Verdugo Alonso, M. A. (2009). Prologo. En Brogna, P. (comp.), *Visiones y Revisiones de la Discapacidad* (pp. 11-15). México: FCE.
- Vidarte Claros, J. A. & Kelly Avedaño B. (2017). Representaciones sociales sobre la discapacidad de profesionales de la salud de Cartagena. *Intersticios* 11(1), pp.5-18.
- Villamil Fonseca, O. L. & Puerto Mojica, Y. A. (2004). Discapacidad e integración, una aproximación a sus representaciones sociales. *Umbral Científico*, 5, 14-24. Universidad Manuela Beltrán. Bogotá, Colombia.
- Wagner, W. & Elejabarrieta, F. (1994). Representaciones Sociales. En Morales, J. F. (comp.), *Psicología Social* (pp. 816-842). Madrid: Mc. Graw Hill.
- Warnock, M. (1987). Encuentro sobre Necesidades de Educación Especial. En *Revista de Educación, Número Extraordinario*, pp.45-73.
- WHO (2010). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf
- Witteman, C.; Bolks, L. & Hutschemaekers, G. (2011). Development of the illness perception questionnaire mental health. *Journal of Mental Health*, 20(2), 115-125.
- Yarza, M. V. (2015) *Comunidad sorda y lengua escrita: un estudio acerca de las representaciones sociales que construyen las personas sordas adultas sobre la lengua escrita*. (Tesis de Maestría). Recuperado de https://ridaa.unq.edu.ar/bitstream/handle/20.500.11807/165/TM_2015_yarza_002.pdf?sequence

NOTAS

¹ Lopes, P. (2014). Negociando deficiências: Identidades e subjetividades entre pessoas com “deficiência intelectual”. (Título de Mestre em Antropologia). “A limitação e a “lesão” corporal não são negadas ou chapadas como signos da diversidade, mas negociadas como experiências de significação e de devir”. Traducción de la tesista.

² Artículo 3. Ley N° 22431/81. Sistema de protección integral de las personas discapacitadas.

³ Ley N° 25504/01. Modificación de la Ley N° 22.431. Establece que el Ministerio de Salud de la Nación expedirá el CUD y su alcance nacional, proporcionando idéntica validez a los certificados emitidos por las provincias adheridas a la Ley N° 24.901, previo cumplimiento de los requisitos y condiciones que se establezcan por reglamentación.

⁴ Ley N° 24.901/97. Art.10. Sistema de prestaciones básicas en habilitación y rehabilitación integral a favor de las personas con discapacidad-Población beneficiaria.

⁵ En el año 2001, fue aprobada en la 54th. Asamblea Mundial de Salud de la Organización Mundial de la Salud – OMS -, de la cual la República Argentina formó parte, asumiendo el compromiso de su aplicación.

⁶ Ministerio de Salud de la República Argentina - Resolución N° 675/2009.

⁷ Queda a disposición de la Comisión del Doctorado y del Jurado a designar, la elaboración de los datos de los cuestionarios filtro de las personas con diversa condición de salud y profesionales de la salud, así como los documentos de la investigación en los medios gráficos y digitales acerca de noticias del CUD. También las transcripciones de las audiograbaciones a los cuatro grupos focales y la entrevista al interlocutor clave.

⁸ El Ministerio de Salud de la Nación certificará en cada caso la existencia de la discapacidad, su naturaleza y su grado, así como las posibilidades de rehabilitación del afectado. Dicho ministerio indicará también, teniendo en cuenta la personalidad y los antecedentes del afectado, qué tipo de actividad laboral o profesional puede desempeñar.

⁹ La Ley N° 20.923/74 (REDI, s. f.) no alcanzó a ser reglamentada. Tampoco se menciona a la certificación de discapacidad o el procedimiento a aplicar para reconocer a la población discapacitada, aunque brinda una definición conceptual muy interesante en función de los paradigmas internacionales vigentes en ese momento, que no fuera retomada por la ley N° 22.431/81. Posteriormente, será tratada en Capítulo II.

¹⁰ Cabe destacar, que nuestro país participo a través de grupos profesionales convocados por el ámbito legislativo y no desde el Ministerio de Salud. Recién el año 2003, el Servicio Nacional de Rehabilitación perteneciente al Ministerio de Salud comienza a participar a nivel nacional e internacional –hasta generar una estructura a tal fin- para capacitar a las Juntas Evaluadoras en la CIF. Resultado de este proceso de implicación creciente, la Resolución 675/09 aprueba protocolo de evaluación y certificación bajo marco CIF.

¹¹ La Ley N° 25.504 modifica el Art. 3° de la Ley N° 22.431.

¹² Si bien no son objeto del presente estudio las representaciones sociales del certificado de discapacidad de los profesionales de las Juntas evaluadoras interdisciplinarias de Discapacidad, en la etapa de inmersión inicial de campo, se entrevistaron a dos profesionales que forman parte de distintas Juntas en su carácter de profesional de la salud. Cabe destacar, que, aunque fueron excluidos de la muestra por no alcanzar los criterios establecidos, las entrevistas mantenidas arrojaron información valiosa acerca de los facilitadores y obstáculos en la implementación de la modalidad interdisciplinaria que la ley establece.

¹³ Resolución N° 675/2009. En sus considerandos fundamenta, entre otros, que

“...Que la República Argentina adhirió a la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF) aprobada por la Organización Mundial de la Salud, para la evaluación y certificación de la discapacidad en las respectivas jurisdicciones”.

Que la precitada Clasificación es la herramienta vigente a nivel internacional aplicable a la evaluación y certificación de la discapacidad.

Que los miembros provinciales que conforman la Comisión de Salud del Consejo Federal de Discapacidad, mediante acta acuerdo de 28 de noviembre de 2008, se comprometieron a la implementación de un nuevo Protocolo de valoración de la discapacidad, actualizando las herramientas de evaluación acorde a los compromisos asumidos por el país.

Que los criterios técnicos adoptados para la confección del citado Protocolo surgen de la aplicación de los principios consagrados en la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por Ley N° 26.378 y ratificada por el Poder Ejecutivo en fecha 2 de septiembre de 2008.

Que por Actas Acuerdo entre el SERVICIO NACIONAL DE REHABILITACION y representantes de las Provincias ante el CONSEJO PROVINCIAL DE DISCAPACIDAD, se asumió el compromiso de elaborar un plan de trabajo y acción con la finalidad de implementar la Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)...”

¹⁴ Disposiciones N° 648/15, N° 1019/ 15, N° 500/15, N° 639/15 y N° 82/15 (SNR, 2015).

¹⁵ Ley N ° 24.901. Capítulo III Artículo 10. “A los efectos de la presente ley, la discapacidad deberá acreditarse conforme a lo establecido por el artículo 3° de la ley 22.431 y por leyes provinciales análogas”.

¹⁶ Si bien las resoluciones N° 705/00, N° 1338/01 y N° 1328/06 del MINSAL proponen modificaciones, son predominantemente operativas al sistema de prestaciones planteado en 1997, bajo la denominación “Marco Básico de organización y funcionamiento y establecimiento de atención a personas con discapacidad”.

¹⁷ Moscovici (2000). Social representations. Explorations in Social Psychology. “By classifying what to is unclassified, naming what is unnamable, we are able to image it, and to represent it” (pp.42-43). Traducción de la tesista.

¹⁸ En tal sentido, cabe observar los asientos prioritarios en los subtes de CABA donde, bajo la leyenda “personas con movilidad reducida”, aparecen cuatro imágenes: una mujer embarazada, una mujer con bebé en brazos, un hombre con bastón y un hombre con muletas. Claramente, no distingue persona con discapacidad certificada para el asiento prioritario sino por tipo de limitación.

¹⁹ Moscovici (2000). Social representations. Explorations in Social Psychology. “To categorize someone or something amounts to choosing a paradigm from those stored of our memory and establishing a positive or negative relation with it” (p.43). Traducción de la tesista.

²⁰ La población destinataria de la ley Nacional de Salud mental N° 26657/10 es identificada bajo la denominación “personas con padecimiento mental”.

²¹ Kaplan (s.f.). The definition of disability. “The individual with a disability is in the sick role under the medical model. When people are sick, they are excused from the normal obligations of society: going to school, getting a job, taking on family responsibilities, etc. They are also expected to come under the authority of the medical profession in order to get better. Thus, until recently, most disability policy issues have been regarded as health issues, and physicians have been regarded as the primary authorities in this policy area”. Traducción de la tesista.

²² El diccionario de la Real Academia Española señala que el término capacidad viene del latín capacitas, que tiene varios significados entre los que destacan: Aptitud, talento, cualidad que dispone alguien para el buen ejercicio de algo. Aptitud para ejercer personalmente un derecho y el cumplimiento de una obligación (Hernández, 2013).

²³ Moscovici (2000). Social representations. Explorations in Social Psychology. “By and large, my observations prove that to name a person and a thing is to precipitate it (as a chemical solution is precipitated) and that the consequences of this is threefold (a) one named person or thing can be described and acquires certain characteristics, tendencies, etc. (b) he or it becomes distinct from others persons or things from those characteristics and tendencies and, (c) he or it becomes the object of a convention between those who adopt a share convention” (p.46). Traducción de la tesista.

²⁴ Aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006 en la Sede de las Naciones Unidas en Nueva York y ratificada por nuestro país en el año 2008.

²⁵ La Ley Nacional de Salud mental N° 26.657 fue promulgada el 2 de diciembre de 2010 y reglamentada el 28 de mayo de 2013.

²⁶ En la Disposición N° 648/15, del SNR se presenta la Discapacidad psicosocial como sinónimo de Discapacidad mental.

²⁷ Ante la creación de un nuevo organismo por el actual Gobierno, un grupo de PcD se autodefine como “PcD basado en la Convención”, rechazando el de personas en situación de discapacidad. Consideran que este término es una definición doctrinaria que viene del enfoque del modelo social de la discapacidad. Conjuntamente manifiestan su disconformidad que las personas con HIV o trasplantadas pasen a ser contempladas como PcD bajo la órbita de esa Agencia (Avalos, comunicación personal, 2017).

²⁸ Brogna propone el concepto de “posición de la discapacidad”, apoyándose en el concepto de “habitus” propuesto por Bordieu (1980), y basa la actividad representada en la reproducción de esquemas de pensamiento socialmente establecidos, de visiones estructuradas por ideologías dominantes.

²⁹ Linton (1998). *Claiming Disability: Knowledge and Identity*. New York, New York Press. "The degree and significance of an individual's impairment is often less of an issue than the degree to which someone identifies as disabled (...) Disability studies takes for its subject matter not simply the variations that exist in human behavior, appearance, functioning, sensory acuity, and cognitive processing but, more crucially, the meaning we make of those variations". Traducción de la tesista.

³⁰ Lopes, P. (2014). *Negociando deficiências: Identidades e subjetividades entre pessoas com "deficiência intelectual"*. (Título "de Mestre em Antropologia). "A limitação e a "lesão" corporal não são negadas ou chapadas como signos da diversidade, mas negociadas como experiências de significação e de devir". Traducción de la tesista.

³¹ Cabe destacar que existen otras versiones como la versión de 36 preguntas y la de 12+ 24. Ambas disponibles en tres formas diferentes, pero que implican mayor tiempo en su administración.

³² Término propuesto por Patricia Brogna (2005), y contemplado en el marco conceptual CIF (2001) como el aspecto negativo de la condición de salud. Comprende deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. La mayoría de las personas con discapacidad entrevistadas prefieren denominarlo de este modo y no bajo el concepto condición de salud.

³³ Se selecciona este periodo temporal atento al cambio de gestión política en la República Argentina.

³⁴ Se describe al observador como no participante (Bleger, 1971) en tanto que no participa del intercambio verbal, sí del registro de notas como se lo presenta al inicio del grupo. Acordamos con lo expresado por Guber (2001) que el "estar dentro del grupo" implica una forma de participación.

³⁵ Ley nacional 22.674/82 - Subsidio a las personas con inutilización o disminución psicofísica por su intervención en el Conflicto con el Reino Unido.

³⁶ Las páginas registradas estuvieron activas en el periodo seleccionado y que la propia dinámica digital para las páginas de diverso tipo, Foros en líneas y blogs, implica que cada una presenta su propia política de limpieza. Esto es, que cada cierto tiempo los comentarios son borrados por diversos criterios. Atento a esta situación, algunos comentarios que fueron relevados no se encuentran en este momento disponible en línea, pero se encuentra la posibilidad de ser solicitados para su consulta en los sitios mencionados correspondientemente.

³⁷ Definición que parece reflejar un aspecto de aquella propuesta en la ley del año 1974 y que no fuera reglamentada, que referiría al discapacitado como "(...) un individuo potencialmente apto y que puede tener, en determinados aspectos, capacidad menor, igual e incluso mayor que otros". Este fragmento de la definición se pierde en la ley del año 1981, ley donde se establece el certificado de discapacidad.

³⁸ Ellos forman parte de una población susceptible de tramitar dos certificaciones, tanto la de discapacidad (Ministerio de Salud), como el mentado Anexo 40 (Ministerio de Defensa), que reconoce las secuelas de enfermedad debido a su participación en el conflicto bélico en las Islas Malvinas en el año 1982. Reconocimiento que siguen tramitando hasta el día de hoy.

En una breve entrevista mantenida con una médica psiquiatra perteneciente al Centro de las FFAA, ella lo define como "una instancia administrativa que se solicita para hacer la evaluación de la capacidad física y psíquica del Veterano de guerra. Una documentación que se usa en todas las instancias del Ejército. Dentro del imaginario del Veterano empezó a asociar el Anexo 40 con el reconocimiento. Es decir, que, si tenía una enfermedad reconocida en el Anexo 40, era reconocido por el Ejército y empezó a darle una entidad de autovaloración, que el Ejército lo reconocía como un héroe de guerra. Todos acceden a la evaluación del Anexo 40, pero no todas las enfermedades son vinculadas con Malvinas. La cuestión cuando no tienen una enfermedad vinculante con Malvinas, o no tienen enfermedad. Se enojan, se frustran y se sienten otra vez discriminados y expulsados del Ejército. Se frustran y se sienten desvalorizados. Y en realidad se les esta diciendo que están sanos, que han tenido la capacidad de superar, que han tenido recursos (...) Es un acto administrativo, en realidad, no es un acto médico. Evalúa la funcionalidad en el aquí y ahora (...) Cuando le decís estas sano, se enojan. Nadie niega que hayan sufrido, pero no necesariamente estás enfermo (...) Fíjate que el Tribunal de la Junta incorporó una pregunta, si consideran que, si se sienten enfermos y algunos que dicen que no, pero reaccionan luego cuando se los deniegan".

En este intercambio, se valora tanto la importancia del conocimiento de las implicancias de esta evaluación por parte de los solicitantes a dicho trámite, como el estudio de las representaciones sociales del Anexo 40 para futuras investigaciones.

³⁹ Un reciente artículo de la OMS (2015) plantea esta relación de Salud Mental y dignidad, del siguiente modo "La dignidad se refiere al mérito y el valor inherentes de una persona y está estrechamente vinculada con el

respeto, el reconocimiento, la autoestima y la posibilidad de tomar decisiones propias” (http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2015_infosheet/es/)

⁴⁰ La simulación, según el DSM-IV, se encuentra dentro de los problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica, se define como la producción intencionada de síntomas físicos o psicológicos desproporcionados o falsos, motivados por incentivos externos, tal como obtener una compensación económica, entre otros, y que deben ser diferenciados de los trastornos facticios (F 68.1-DSM V), donde no existe un incentivo externo para su producción. También esta simulación puede ser denominada como neurosis de la renta.

Prado Ordoñez Fernández (2010) define la actitud de la renta como “la interpretación y la postura del sujeto ante una eventualidad que estima ha sido el origen de determinados síntomas y debe ser compensado” (p.41). Agregaré, que “las neurosis de renta surgen allí donde un marco legislativo ampara con indemnización cualquier tipo de sufrimiento sobrevenido a un ser humano”.

⁴¹ A nivel internacional, el término discapacitación es comprendido como un proceso progresivo de dependencia funcional; mientras que, en nuestro medio, Mareño Sampertegui y Masuero (2010) proponen el término “proceso social de discapacitación” respecto a la definición de discapacidad de la CIF (2001), bajo el supuesto de una normalidad biomédica con la que se fundamentaría esta evaluación.

⁴² Aporte de este autor en su doble carácter de PcD y profesional de la salud (psicólogo social comunitario).

⁴³ Anderson concibe la comunidad imaginada dentro de los procesos de constitución del Estado Nación, conceptualizándolo como ese sentimiento de comunidad promovido por los Estados Nación, por fuera de las relaciones cara a cara, las que habitualmente conforman la comunidad real.

⁴⁴ Propuesto dentro del Modelo Conceptual Colombiano de la discapacidad e Inclusión social (2008).



ANEXOS



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ANEXO I-GLOSARIO DE LOS TÉRMINOS DE LA CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DEL FUNCIONAMIENTO, LA DISCAPACIDAD Y LA SALUD

Fuente: Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2010 con el título Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment Schedule WHODAS 2.0© Organización Mundial de la Salud 2010
La Organización Mundial de la Salud ha cedido los derechos de traducción y publicación de una edición en español al Servicio Nacional de Rehabilitación, responsable único de la calidad y fidelidad de la versión en español. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0
El siguiente glosario fue extraído del libro Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS© Organización Mundial de la Salud 2015

Actividad

En la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), el término “actividad” se utiliza en un sentido amplio para mostrar la ejecución de una tarea o una acción llevada a cabo por un individuo en cualquier nivel de complejidad. Representa la propia perspectiva del individuo acerca de su funcionamiento. Las actividades incluyen funciones físicas simples o básicas de la persona en su totalidad (por ejemplo, agarrar algo o mover una pierna), funciones mentales básicas y complejas (por ejemplo, aprender y aplicar el conocimiento), y diversas actividades físicas y mentales con distintos niveles de complejidad (ej. manejar un auto, interactuar con gente). Otros ejemplos de actividades serían cuidarse a sí mismo y actividades domésticas.

Actividad sexual

Tal como lo evalúa WHODAS 2.0, la actividad sexual incluye abrazos, besos, caricias, y otros actos íntimos o sexuales, y relaciones sexuales.

Actividades domésticas

Actividades relacionadas con las necesidades físicas, emocionales, financieras y psicológicas del hogar o la familia. Incluyen tareas tradicionalmente desarrolladas por los hombres, tales como administrar las finanzas, reparar el auto o la casa, cuidar la parte exterior de la casa, recoger a los niños del colegio, ayudar con la tarea escolar y disciplinar a los niños.

Asistencia Personal

Toda asistencia de una persona utilizada para ayudar en la realización de una actividad. Puede ser o no paga y puede ser llevada a cabo por un miembro de la familia o por ayuda contratada. La asistencia personal puede tomar la forma de ayuda física real, o puede incluir recordatorios verbales, indicaciones, apuntes, presencia, supervisión o ayuda psicológica.

Barreras u obstáculos

Factores externos en el ambiente de una persona que, por medio de su ausencia o presencia, limitan el funcionamiento y crean discapacidad. Incluyen aspectos tales como un ambiente físico inaccesible; la falta de tecnología de asistencia correspondiente; actitudes negativas de la gente hacia la discapacidad, y los servicios, sistemas y políticas que faltan o que obstruyen la participación de todas las personas con una condición de salud en cualquier área de la vida.

Condición de salud

Una enfermedad de mayor o menor duración; una herida (ej. sufrida en un accidente); problemas mentales o emocionales, que pueden oscilar entre el estrés debido a problemas diarios de la vida y formas más serias de enfermedades mentales; o problemas con el alcohol o las drogas.

Deficiencia

Pérdida o anormalidad en la estructura corporal o en la función fisiológica (lo cual incluye funciones mentales). “Anormalidad” aquí se refiere estrictamente a una variación significativa de las normas estadísticas establecidas (ej. como una desviación de la media de la población con normas estándar medidas) y debe ser usado sólo en este sentido. Ejemplos de deficiencias incluyen la pérdida de un brazo o una pierna o la falta de visión. En el caso de una lesión en la columna, una deficiencia sería una resultante parálisis.

Dificultad

Experiencia de incomodidad, dolor o lentitud; necesidad de incrementar el esfuerzo; la obligación de realizar cambios en la manera en que se realiza la actividad.

Discapacidad

Término abarcativo que incluye deficiencias, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Dispositivos de asistencia

Todo el equipo o dispositivos utilizados por el individuo para ayudar a completar una actividad debido a una condición de salud. Los dispositivos pueden ser costosos (ej. computadoras para ayudar a la comunicación) o simples (ej. esponjas con mangos grandes para bañarse).

Facilitadores

Factores en el ambiente de una persona que, a través de su ausencia o presencia, mejoran el funcionamiento y reducen la discapacidad. Incluyen aspectos tales como

un ambiente físico accesible, la disponibilidad de tecnología de asistencia correspondiente, actitudes positivas de la gente con respecto a la discapacidad; y los servicios, sistemas y políticas que apunten a incrementar la participación de todas las personas con una condición de salud en todas las áreas de la vida. La ausencia de un factor también puede facilitar (ej. la ausencia de estigma o de actitudes negativas).

Los facilitadores pueden prevenir que una deficiencia o una limitación en la actividad se transformen en una restricción en la participación, debido a que se mejora el desempeño real de una acción, a pesar del problema con la capacidad de la persona.

Factores ambientales

Factores contextuales que incluyen el trasfondo del estilo de vida de una persona, formado por componentes del ambiente natural (clima o terreno); el ambiente creado por el hombre (herramientas, muebles, el ambiente construido); las actitudes sociales, las costumbres, las reglas, las prácticas e instituciones, y los otros individuos.

Factores contextuales

Constituyen el trasfondo total del estilo de vida de una persona. Incluyen los factores ambientales externos y los factores personales internos.

Factores personales

Factores contextuales que incluyen el trasfondo del estilo de vida de una persona. Están compuestos por características que no forman parte de una condición de salud o discapacidad. Incluyen la edad, la raza, el género, la educación, las experiencias, la personalidad y el carácter, las aptitudes, y otras condiciones de salud, el estado físico, los hábitos, la crianza, los estilos de enfrentarse a los problemas y tratar de resolverlos, el trasfondo social, la profesión, y las experiencias pasadas y actuales.

Funcionamiento

Término abarcativo que incluye las funciones y estructuras del cuerpo, las actividades y la participación. Denota los aspectos positivos de la interacción entre un individuo (con una condición de salud) y sus factores contextuales (factores ambientales y personales).

Limitaciones en la actividad

Dificultades que un individuo puede tener al realizar una actividad. Una limitación en la actividad incluye todas las formas en que la ejecución de una actividad puede verse afectada; por ejemplo, hacerla con dolor o incomodidad; demasiado lentamente o rápidamente, o no en el momento o lugar adecuado; torpemente o de cualquier otra manera que no sea la esperada. La limitación en la actividad puede oscilar entre una desviación leve y una severa (en términos de calidad o cantidad) al llevarse a cabo, en la manera o en la medida que se espera de personas sin la condición de salud.

ANEXO II-CUESTIONARIOS

PROFESIONALES DE LA SALUD

Lo invitamos a participar en un proyecto de investigación acerca de las Representaciones sociales del certificado de discapacidad. Los participantes son voluntarios y usted tiene el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin ningún perjuicio, si no esta de acuerdo con continuar. Sus respuestas son confidenciales y secretas. La utilización de la información será de modo general y no se va identificar de manera individual a los participantes.

Si tiene dudas respecto de su participación en esta investigación, puede contactar a: Lic. Cecilia Figari - licenciadaceciliafigari@gmail.com - Celular -----

Propósito del estudio:

Estudiamos las representaciones sociales del certificado de discapacidad de las personas con deficiencias –con o sin certificado de discapacidad/CUD-, profesionales de la salud, medios gráficos y digitales de la comunicación

Actualmente NO estamos interesados en estudiar a ninguna persona de manera individual o medio en particular, sino grupos de personas u opiniones en conjunto.

Descripción del estudio:

Este estudio consta de dos fases. Una primera de caracterización sociodemográfica y otra relacionada con el perfil de atención del profesional respecto a la derivación a la certificación de los pacientes bajo su atención/orientación.

Posibles riesgos:

Ud. podría sentir que sus respuestas han sido poco satisfactorias. Tenga en cuenta que en ninguna de las pruebas que estudiamos existen respuestas correctas o incorrectas. Solo nos interesan sus respuestas tal como son.

Posibles beneficios:

Con su colaboración, Usted estará ayudando al avance y desarrollo del conocimiento en psicología.

Confidencialidad:

Sus datos son personales y privados y su identidad es confidencial. Recuerde que no estamos interesados en conocer las respuestas de una persona en particular, sino las de grupos de personas, en general.

Ud. tiene el derecho de acceder a sus datos personales, sin costo alguno, a intervalos no inferiores a 6 meses, a menos que haya un interés legítimo y razonable que respalde la solicitud de acuerdo con el art.14, inc. 3 de la ley N ° 25.236 (Ley de protección de datos). A fin de asegurar la integridad científica del estudio, es conveniente que usted no consulte determinada información del estudio hasta después que este se haya completado.

Abandono del estudio:

Ud. puede decidir abandonar el presente estudio en cualquier momento que lo desee, y es libre de hacerlo sin ningún problema.

He leído y comprendido el presente formulario

Fecha:_____ Firma y aclaración del participante:_____

I PARTE

N °: _____

1. a. Edad:

1. b. Género: 1.Femenino ☐ 2.Masculino. ☐

1. c. Tipo de Profesión:

1. d. Años de profesión:

1. e. Área de trabajo (Marque con una X todas aquellas que correspondan)

1-HOSPITAL ☐ 2-OBRA SOCIAL ☐ 3-CONSULTORIO/CLINICA ☐ 4-INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE DISCAPACIDAD ☐ 5-OTRAS ☐

Si respondió 4 o 5, por favor especifique cual _____

1. f. Población que atiende:

1. NIÑEZ Y ADOLESCENCIA ☐ 2. ADULTOS ☐ 3. ADULTOS MAYORES ☐

En caso de responder exclusivamente "Niñez y adolescencia" o "Adultos Mayores", agradecemos su participación y aquí culmina este cuestionario.

1. g. Localidad:

1. CABA ☐ 2. CONURBANO BONAERENSE ☐ 3.LA PLATA ☐

Si respondió Conurbano bonaerense o La Plata, por favor especifique ciudad _____ En caso de vivir en otra provincia, agradecemos su participación y aquí culmina este cuestionario.

1. g. Atiende personas con deficiencia:

1. SI ☐ 2. NO ☐

Si responde NO, agradecemos su participación y aquí culmina este cuestionario.

1. h. Orienta a sus pacientes y/o afiliados a certificar su discapacidad

1. SI ☐ 2.NO ☐ Si responde NO, por favor explique brevemente los motivos

Si su respuesta fue negativa, agradecemos su participación y aquí culmina este cuestionario

II PARTE

2. a. Motivos por el cual deriva a la certificación

1. Por decisión profesional ☐ 2. Por solicitud de terceros ☐ 3. Ambas ☐ 4. Otras ☐

Si responde "4", por favor mencione cuales:

2. b. ¿Conoce Ud. cuáles serían los beneficios y/o barreras de obtener esta certificación de la discapacidad?

Enumere los tres beneficios más importantes

1. _____

2. _____

3. _____

2. b. Enumere las tres barreras más importantes.

1. _____

2. _____

3. _____

2. c. ¿Conoce UD. cuál es la clasificación que se utiliza como marco para la evaluación de la certificación de la persona discapacitada en la Republica Argentina? (Marque con una cruz su respuesta)

1. DSM IV ☐ 2. CIE – 10 ☐ 3. CIDDM/ OMS ☐ 4. CIF/ OMS ☐ 5. Más de uno de los criterios enunciados anteriormente ☐ 6. Otros ☐ 7. NO SÉ ☐

Si responde "5" ó "6", por favor mencione cuales:

2. d. El certificado de discapacidad brinda una descripción de condición de salud según la CIF y un diagnóstico según CIE-10, ¿Ha considerado si la obtención de este certificado podría producir una influencia en el autoconcepto de su paciente/afiliado que Ud. atiende /orienta?

1-SI ☐ 2-NO ☐

En caso de respuesta afirmativa, explique brevemente el por que de su respuesta _____

CUESTIONARIO PARA PERSONAS CON PROBLEMAS EN LAS FUNCIONES Y/O ESTRUCTURAS CORPORALES

Lo invitamos a participar en un proyecto de investigación acerca de las Representaciones sociales del certificado de discapacidad en Argentina. Los participantes son voluntarios y usted tiene el derecho de abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee, sin ningún perjuicio, si no está de acuerdo con continuar. Sus respuestas son confidenciales y secretas. La utilización de la información será de modo general y no se va identificar de manera individual a los participantes.

Si tiene dudas respecto de su participación en esta investigación, puede contactar a: Lic. Cecilia Figari - licenciadaceciliafigari@gmail.com - Celular -----

Propósito del estudio:

Estudiamos las representaciones sociales del certificado de discapacidad de las personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales –con o sin certificación de discapacidad/CUD-, profesionales de la salud, medios gráficos y digitales de la comunicación. Actualmente NO estamos interesados en estudiar a ninguna persona de manera individual o medio en particular, sino grupos de personas u opiniones en conjunto.

Descripción del estudio:

Este estudio consta de tres partes. Una primera de caracterización sociodemográfico de las personas con problemas en las funciones y/o estructuras corporales: una segunda, con relación a su condición de salud y una tercera, respecto a la certificación de la discapacidad.

Posibles riesgos:

Ud. podría sentir que sus respuestas han sido poco satisfactorias. Tenga en cuenta que en ninguna de las pruebas que estudiamos existen respuestas correctas o incorrectas. Solo nos interesan sus respuestas tal como son.

Posibles beneficios:

Con su colaboración, Usted estará ayudando al avance y desarrollo del conocimiento en psicología.

Confidencialidad:

Sus datos son personales y privados y su identidad es confidencial. Recuerde que no estamos interesados en conocer las respuestas de una persona en particular, sino las de grupos de personas, en general.

Ud. tiene el derecho de acceder a sus datos personales, sin costo alguno, a intervalos no inferiores a 6 meses, a menos que haya un interés legítimo y razonable que respalde la solicitud de acuerdo con el art.14, inc. 3 de la ley N ° 25.236 (Ley de protección de datos). A fin de asegurar la integridad científica del estudio, es conveniente que usted no consulte determinada información del estudio hasta después que este se haya completado.

Abandono del estudio:

Ud. puede decidir abandonar el presente estudio en cualquier momento que lo desee, y es libre de hacerlo sin ningún problema.

He leído y comprendido el presente formulario

Fecha: _____ Firma y aclaración del participante: _____

I PARTE

N °: _____

1. a. Localidad:

1. CABA ☐ 2. CONURBANO BONAERENSE ☐ 3. LA PLATA ☐

Si respondió Conurbano bonaerense o La Plata, por favor especifique ciudad _____ En caso de vivir en otra provincia, agradecemos su participación y aquí culmina este cuestionario.

1. b. Edad: _____

1. c. Género: 1. Femenino ☐ 2. Masculino. ☐

1. d. Escolaridad: Marque con una X

1. Primaria ☐ 2. Secundaria ☐ 3. Terciaria ☐

4. Universitaria ☐ a. Completa ☐ b. Incompleta ☐

1. e. ¿Cuál es su estado civil actual? Marque con una X

1. Nunca ha estado casado(a) ☐ 2. Actualmente está casado(a) ☐ 3. Separado(a) ☐

4. Divorciado(a) ☐ 5. Viudo(a). ☐ 6. Viviendo en pareja ☐

1. f. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral? Marque con una X

1. Asalariado ☐ 2. Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio ☐

3. Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntario ☐ 4. Estudiante ☐

5. Responsable de los quehaceres de la casa ☐ 6. Jubilado ☐ 7. Pensionado ☐

8. Desempleado (por motivos de salud) ☐ 9. Desempleado (por otros motivos) ☐

10. Otros ☐ (especifique) _____

1. g. ¿Participa de alguna Asociación u organización de personas con determinada condición de salud?

1. Sí ☐ 2. No ☐

1. En el caso de respuesta afirmativa, por favor especifique cual: _____

II PARTE

2. a. Tipo de deficiencia:

1. Motriz ☐ 2. Auditiva ☐ 3. Visual ☐ 4. Intelectual / Mental ☐ 5. Visceral ☐ 6. Otras ☐

2. b. Momento de aparición: 1. De nacimiento ☐ 2. Adquirida ☐

Si respondió "adquirida", por favor especifique edad-----

2. c. ¿Tiene diagnóstico médico? 1. Sí ☐ 2. No ☐

En el caso de respuesta afirmativa, por favor especifique cual:_____

2. d. Lo invitamos a completar un cuestionario de 12 preguntas sobre las dificultades en la vida diaria debido a su condición de salud (WHODAS 2.0-Ver Anexo I). Su aplicación es de cinco minutos.

2. e. ¿Considera que existe alguna otra limitación en la vida diaria que, debido a su particular condición de salud, debería estar contemplada? 1. Sí ☐ 2. No ☐

2. e. 1. En el caso de respuesta afirmativa, por favor especifique cual(es):_____

III PARTE

2. d. ¿Ha solicitado el certificado de discapacidad/CUD? Marque con una X

a. Si ☐ ¿Hace cuántos años?----- b. No ☐

2. d.1. De acuerdo a su respuesta, por favor conteste los tres motivos más importantes de por qué ha tramitado o no el certificado de discapacidad/CUD.

1. _____

2. _____

3. _____

2. d. 2. En el caso de respuesta negativa, ¿alguna vez obtuvo el certificado de discapacidad/CUD? ¿Cuál fue el motivo de por qué no volvió a renovarlo?

1. _____

2. _____

2. e. Tanto en el caso de haber tramitado el certificado de discapacidad/CUD como no, ¿Considera que tramitarlo influye o influiría en su autoconcepto, en el modo de percibirse o valorarse a sí mismo? Explique brevemente el porqué de su respuesta.

ANEXO III- WHODAS 2.0 versión 12 preguntas

Fuente: Publicado por la Organización Mundial de la Salud en 2010 con el título Measuring health and disability: manual for WHO disability assessment Schedule WHODAS 2.0© Organización Mundial de la Salud 2010
La Organización Mundial de la Salud ha cedido los derechos de traducción y publicación de una edición en español al Servicio Nacional de Rehabilitación, responsable único de la calidad y fidelidad de la versión en español. En caso de discrepancia entre las versiones en inglés y en español, la auténtica y vinculante será la versión original en inglés
Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS. WHODAS 2.0
El siguiente glosario fue extraído del libro Medición de la salud y la discapacidad: manual para el cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS© Organización Mundial de la Salud 2015



WHODAS 2.0 CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Versión de 12-preguntas, Auto-administrable

Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuánta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor circule sólo una respuesta

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, como por ejemplo 30 minutos?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S2	Cumplir con sus <u>quehaceres</u> de la casa?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S3	<u>Aprender una nueva tarea</u> , como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S4	Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S5	Cuánto le ha afectado a la <u>emocionalmente</u> su "condición de salud"?	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

Por favor continúe con la página siguiente.

Página 1 de 2 (12 -preguntas, Auto-administrable)



WHODAS 2.0

CUESTIONARIO PARA
LA EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

12

Auto

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:						
S6	<u>Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S7	<u>Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S8	<u>Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S9	<u>Vestirse?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S10	<u>Relacionarse con personas que no conoce?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S11	<u>Mantener una amistad?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo
S12	<u>Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?</u>	Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema o no puede hacerlo

H1	En los últimos 30 días, durante <u>cuántos días</u> ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días _____
H2	En los últimos 30 días, cuántos días fue <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que <u>no pudo realizar nada</u> de sus actividades habituales cuántos días tuvo que <u>recortar o reducir</u> sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días _____

Con esto concluye nuestra entrevista, muchas gracias por su participación.

ANEXO IV- GUÍA PAUTA DE ENTREVISTAS GRUPOS FOCALES

Grupos PcDA y PcDN con CUD

- a) ¿Como se enteraron o conocieron acerca de la existencia de este certificado?
- b) ¿Que les motivo tramitar la certificación? Se los invita a seleccionar una a tres imágenes que mejor representen los motivos de porque decidieron obtener por primera vez la certificación de discapacidad, así como expresar el porqué de su selección.
- c) ¿Que representan estas situaciones o servicios (salud, transporte, seguridad social, educación, recreación, etc.) para ustedes? ¿Consideran que el acceso a estas situaciones o servicios (salud, transporte, seguridad social, educación, recreación, etc.) representa un derecho? ¿Por qué?
- d) ¿Se cuestionaron alguna vez renovar o no la certificación? En el caso de habérselos cuestionado, ¿cuáles fueron los motivos?
- e) ¿Pertener y/o participar en un grupo o Asociación de personas con similar condición de salud influye en la decisión de tramitar el certificado de discapacidad? ¿Por qué?
- f) ¿Qué pensás que las personas sin discapacidad piensan cuando haces uso de tu certificado?
- g) ¿Consideran que la evaluación de la certificación refleja su particular condición de discapacidad (deficiencia, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación) o la situación de discapacidad (condición de salud en interacción con las barreras que experimenta)? (En el certificado figura un diagnóstico médico y una evaluación integral del funcionamiento y discapacidad en interacción con factores ambientales)
- h) ¿Que es para vos tener una enfermedad/que es para vos tener una deficiencia? ¿Es lo mismo tener una enfermedad –o diagnóstico de una enfermedad-que tener una deficiencia? ¿Es lo mismo tener una enfermedad que una discapacidad? Y si no lo es, ¿en que se diferencian?
- i) ¿Que piensan del nombre “discapacidad” que figura en la certificación? ¿Afecta el autoconcepto, la manera de percibirse o valorarse a sí mismo? ¿Habría otros nombres posibles para denominar esta certificación?

Grupos PcDeA

- a) ¿Qué conocen acerca del certificado de discapacidad?
- b) ¿Alguna de estas imágenes representa para ustedes el CUD? ¿Por qué? Se les muestra las imágenes propuestas por personas que tramitaron CUD y se los invita a seleccionar aquella que mejor representa el CUD para ellos, así como expresar el porqué de su selección.

c) ¿Qué representan estas situaciones o servicios (salud, transporte, seguridad social, educación, recreación, etc.) para ustedes? ¿Consideran que el acceso a estas situaciones o servicios (salud, transporte, seguridad social, educación, recreación, etc.) representa un derecho? ¿Por qué?

d) ¿Pertener y/o participar en un grupo o Asociación de personas con similar condición de salud influye en la decisión de tramitar el certificado de discapacidad? ¿Por qué?

e) En el certificado figura un diagnóstico médico y una evaluación integral del funcionamiento y discapacidad en interacción con factores ambientales, Consideran que esa evaluación reflejaría una particular condición de salud (esto es, deficiencias, limitaciones en la actividad y/o restricciones en la participación) o la situación de discapacidad (condición de salud en interacción con las barreras que experimenta)?

f) ¿Qué es para vos tener una enfermedad/que es para vos tener una deficiencia? ¿Es lo mismo tener una enfermedad –o diagnóstico de una enfermedad-que tener una deficiencia? ¿Es lo mismo tener una enfermedad que una discapacidad? Y si no lo es, ¿en qué se diferencian?

g) ¿Por qué las personas con distintas enfermedades o diagnósticos no tramitarían un certificado de discapacidad?

h) ¿Qué piensan del nombre “discapacidad” que figura en la certificación? ¿Afecta el autoconcepto, la manera de percibirse o valorarse a sí mismo? ¿Habría otros nombres posibles para denominar esta certificación?

Grupo PS

a) ¿Cómo se enteraron acerca de la existencia de la certificación de la discapacidad?

b) ¿Alguna de estas imágenes representa para ustedes el CUD? ¿Por qué? Se les muestra las imágenes propuestas por personas que tramitaron CUD y se agregan dos láminas más que surgieron en materiales elaborados sobre esta población (estigmatización y pensión). Se los invita a seleccionar aquella que mejor representa el CUD para ellos, así como a expresar el porqué de su elección.

c) ¿Consideran que el acceso a estas situaciones o servicios (salud, transporte, seguridad social, educación, recreación, etc.) representa un derecho? ¿Por qué?

d) En la evaluación de la certificación de la discapacidad figura un diagnóstico médico y una evaluación del funcionamiento y la discapacidad en interacción con factores ambientales según la CIF. ¿Consideran que esta evaluación refleja condición de discapacidad o la situación de discapacidad? ¿Por qué? (Comparto foto de una de las láminas del fotolenguaje con el CUD)

e) ¿Qué es para ustedes tener una enfermedad/que es para ustedes tener una deficiencia? ¿Es lo mismo tener una enfermedad –o diagnóstico de una enfermedad-que tener una deficiencia? ¿Es lo mismo tener una enfermedad que una discapacidad? Y si no lo es, ¿en qué se diferencian?

f) ¿De qué modo incorporaron en sus prácticas la orientación a la certificación?

- g) ¿Qué creen que piensan sus pacientes -o personas que orientan- cuando las derivan a tramitar la certificación de la discapacidad?
- h) ¿Cómo pueden describir la situación que se presenta cuando los pacientes les solicitan a ustedes los informes requeridos para tramitar esta certificación?
- i) ¿Piensan que la solicitud de esa certificación está motivada en que las personas participan de un grupo u asociación con similar condición de salud?
- j) ¿Creen que existen diferencias si la tramitación de la certificación se realiza en la adultez que en otras edades? Si las hubiera, ¿cuáles serían?
- k) ¿Creen que esta tramitación puede tener efectos en el autoconcepto de las personas con deficiencia, tanto la certificación como su denegación?



ANEXO V- CONSENTIMIENTO INFORMADO GRUPO FOCAL

El objetivo de este grupo es estudiar las representaciones sociales del certificado de discapacidad en RMBA.

La Lic. Cecilia Figari hará las preguntas y su compañero/a tomará notas de lo que ustedes dicen. Sin embargo, para no perder detalles de la información que nos brinden la discusión será grabada, si ustedes lo autorizan. Sus nombres o cualquier otra identificación no aparecerán en el informe para guardar la privacidad de su información. Sus respuestas son confidenciales y secretas. La utilización de la información será de modo general y no se va identificar de manera individual a los participantes. Las grabaciones y transcripciones serán utilizadas únicamente por la investigadora y tendrá un uso exclusivo para este estudio. Si tienen alguna pregunta o desean alguna aclaración sobre la información anterior pueden hacerlo

Si tiene dudas respecto de su participación en esta investigación, puede contactar a:
Lic. Cecilia Figari - licenciadaceciliafigari@gmail.com - Celular -----

¡Muchas Gracias!

CERTIFICADO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL GRUPO FOCAL

Leí o me leyeron las informaciones y pude clarificar mis dudas y hacer preguntas sobre esta investigación, las que fueron respondidas satisfactoriamente.

Doy mi consentimiento, para autorizar la grabación del grupo focal:

FECHA: _____

APELLIDO Y NOMBRE _____

FIRMA _____

ANEXO VI- LÁMINAS TÉCNICA DE FOTOLENGUAJE



Figura 25. Certificado único de Discapacidad como DNI

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?q=dni+imagenes&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjHn_TmoMfaAhWCTZAKHZ2GDXAQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=vb__jNRHKWi-HM:

https://www.google.com.ar/search?q=certificado+de+discapacidad+argentina&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj_9LLocfaAhUFWpAKHeoPBqkQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=b8RRwOkWc5l6M:

https://www.google.com.ar/search?q=dni+imagenes&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fir=3guE4nwAA0MkqM%253A%252CoNsCNYZXsEKV-M%252C_&usg=__EzXM24RD2QIZSACqTSOr0BpcHHw%3D&sa=X&ved=0ahUKEwjHn_TmoMfaAhWCTZAKHZ2GDXAQ9QEIODAI#imgsrc=3guE4nwAA0Mkq



Figura 26. Símbolo internacional de accesibilidad-Libre estacionamiento

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?q=libre+estacionamiento+para+discapacitados&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjqprixosfaAhWEg5AKHQShC2AQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=BSA_JNXc-mUUvM:

https://www.google.com.ar/search?q=libre+estacionamiento+para+discapacitados&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjqprixosfaAhWEg5AKHQShC2AQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=rMTQ0cPOuM0GFM:

https://www.google.com.ar/search?q=excepci%C3%B3n+de+patentes+para+discapacitados&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwiDi46hpMfaAhXGHZAKHWfpCCKQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=uZ4u2n5Zdj2eIM:



Figura 27. Exención de patente

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=microvan&tbm=isch&tbs=simg:CAQSmAEJJbZu9uhDN7oajAELEKjU2AQaBggVCAAIawwLELCMpwwaYQpfCAMSJ9kYzQRy2BjJDdoYyg2FDswE4RitJq8mtybYMpch1zK2Joo_12TKLPxowzj-bSm6_1pczmvhVkmTzSY_1FYUK27k6IVv4TJT761IzjhBKSpOANLzTjSIPHL6PB3IAQMCxCOrv4IGgoKCAgBEgQnAkzsDA&ved=0ahUKEwimjPKYtsfaAhUDGJAKHQMCaWEQ2A4IJCgB&biw=1152&bih=591

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZitTd6YxJ_1OQDyHe5y2jP6xPOhWjdAeqrzYvr1K6OESCq3ZUBkYG0AicrD504CVmAzsKtgO4ikHP1pEHpEnA17XWbs4HXIs9vylxUE90Vak4rKEgtlsEa2fyRs-t3DK_1M4J127ZcHq1yeNf2zkfxR_14y1ytX35jsXQRnS85_12_1de-171eJaCXlcXqx20YSfJcjD1OMZrcdoVbqzBAh3-7VX3eMDZ9B1EQPr47SziiM3bETcrUWZhREdUOjlc-3JzNDQembLkemm2n5hBSn8lc3wWaqimGw45f5at9NiiuHMHtiWT981zulMNBeDLqzzZO5uR9044&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419



Figura 28. Accesibilidad transporte y asiento prioritario para personas con discapacidad

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?q=rampa+accesible+colectivo&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwjA-efbpcfaAhXDkJAKHe5YDpwQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=3cFdYaQBQRlkuM:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=colectivos+con+rampa+para+discapacitados&tbm=isch&tbs=simg:CAQSlwEJ1NpPYdACI1ga iwELEKjU2AQaBAGVCAMMCxCwjKcIGmIKYAgDEijDF7obnxinEL8bxBvUH8EXrRjEELozzD7HObsz5 TzNPug8yDmXN4Y7GjBnA4l4HQsY4gghqVFZFQEzel3bJ5a9viV4DsGDxh6NCz8NOIYW0QBk4V7 7zkmUcgBAwLEl6u_1ggaCgoICAESBNjZnxkM&ved=0ahUKEwjf2f-vssfaAhVDDpAKHeSBDu8Q2A4IJCgB&biw=1152&bih=591



Figura 29. Becas universitarias

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=estudiantes+universitarios+en+salon+de+clases&tbm=isch&tbs=simg:CAQSIQEJjxaFg-fHvs8aiQELEKjU2AQaAggVDAsQslynCBpiCmAIAxlowBuMHNUftBuoEK8b1B-nEPka0x-ZO5o7mzvQPsg5nDvcP547nTvYLxowPCU6AKafzTeEXRwsc3ukhZrQMvNHvG2vMr2znpDCjQ_1nGmm0XYseKUZ2cluc20sTIAQMCxCORv4IGgoKCAgBEgTXFkMsDA&ved=0ahUKEwjK99u-tcfaAhVCjJAKHXIMCAgQ2A4IJCgB&biw=1152&bih=591

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=programas+de+capacitacion+%C3%B1laboral+para+discapacitados&tbm=isch&source=iu&ic tx=1&tbs=simg:CAESrwlJVcbuxpZ9pK4aowlLEKjU2AQaBAGVCAAMCxCwjKclGmIKYAgDEii_1G8Qb nQ3AG9QfjhzFG9UfwRuQDoE2mjvcP6gw2z_1eP5k73T_1PPtgvGjArX2zj0EoSjMjmWAjROZ_1DbiX dJILNYq3yj4aPthnQNoMSbDZagwaRrSkrYjjf8llgBAwLEl6u_1ggaCgoICAESBCsc-pkMCxCd7cEJGo4BCbsKCGxIYXJuaW5n2qWI9gMLCgkvbS8wMTkxZjgKGwoJZWR1Y2F0aW9u2q WI9gMLCgkvbS8wMmpmYwocCgljbGFzc3Jvb23apYj2AwsKCS9tLzA0aHI4bQoaCgdzdHVkZW502q WI9gMLCgkvbS8wMTRjbmMKGAoFY2xhc3PapYj2AwsKCS9tLzA3NV95cww&fir=DFEpr1-0WRkiUM%253A%252CbVOn4BLjp_h-qM%252C_&usg=__rezDZ93Nk5MSaJJ1VI1NzvX-9Ts%3D&ved=0ahUKEwjdg6zlu8faAhULfZAKHTocClcQ9QEIMzAB#imgsrc=DFEpr1-0WRkiUM:



Figura 30. Acceso Trabajo

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=trabajo+para+personas+con+discapacidad&tbm=isch&source=iu&ictx=1&tbs=simg:CAESxAlJ5KiDAOi1SsYauAILEKjU2AQaBAg9CBUMCxCwjKclGmIKYAgDEiiVHJkcmBydHPAQ5heeHMUbkhzhHpk7yDmaO9s_1zz7MPs0-7S_1YL94_1GjDIEjra1em-M_13A0ogCIWbHrhNvXoGZt8iJxZW6NxDmRfOjsVRDfnNIV72_1lxyHUGBAwLEI6u_1ggaCgoICAESBAufNvkMCxCd7cEJGqMBChsKCGxIYXJuaW5n2qWI9gMLCgkvbS8wMTkxZjgKGgoHc3R1ZGVudNqliPYDCwoJL20vMDE0Y25jChkKBnR5cGluZ9qliPYDCwoJL20vMDMxNmR3CiUKEEnRlbGVwaG9uZSBvcGVyYXRvctqliPYDCwoJL20vMDI0ajVkJYKfHNVZnR3YXJlIGVuZ2luZWVyaW5n2qWI9gMKCggvbS8wNnE4Mww&fir=v7DKuvSTRCfEvM%253A%252CXSPhU8a7Y9c-HM%252C_&usg=__bqQTiYPTruAzVpr53z15xWNgg84%3D&ved=0ahUKEwi7uPjOucfaAhVBIJAKHaF2BPMQ9QEIODAC#imgsrc=v7DKuvSTRCfEvM:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=integraci%C3%B3n+laboral+de+personas+con+discapacidad&tbm=isch&source=iu&ictx=1&tbs=simg:CAES8AEJZ_1Gom3ZubdMa5AELEKjU2AQaAggVDAsQslynCBpiCmAIAxlo1R7mF6wewxerHsEXsB7WHrEb2h7bP8g-2T_1PL8Y-ujC1M9o_12C-aOxowq2p3BWeVULij2efrE4R-pBuKRR-jlaBi4qbWeHftgHuD0GbCYJeHP6R4RmMrxVJ0IAQMCxCOrv4IGgoKCAgBEgQtyEjpDAsQne3BCRpSChoKB2ZhY3RvcnnapYj2AwsKCS9tLzAxNjhnNgoZCgdtYWNNoaW5l2qWI9gMKCggvbS8wZGt3NQoZCgZwZXJzb27apYj2AwsKCS9tLzAxZzMXNww&fir=q5BZ5ZVI20W9VM%253A%252CCh0gdwBUzg-eNVM%252C_&usg=__utm3FVQSJBHcNJO_JVdDwpEHu7k%3D&ved=0ahUKEwj2z_j_ucfaAhWHDZAKHchEBpMQ9QEIMjAB#imgsrc=q5BZ5ZVI20W9VM:

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZit2-KVG9VvJSnNb6krLizQh9pjGuqhMOXMzVLWvrafznSUA1oQ12xMlun0vNsWYNObKcwS0RViDBtoCu3q8H_1MnweIRDYQvfNyTj5YzU6h68V9LYzX7Hm68KS-SejVwD-sgbwovlkh0jQDxHfPOTlobGdq2GuiixsP_1L36DbRIS1B1vjmrL4TWgOpbSHyFauSibadh9QNuebPp

H8fCXrt4uhsvnCWOHMWh_114BQsjE8a12dq1ahlnwFVBh8HMnKkrmMkPz616cUm9OSM8Epu_1F
SHQwO4H01LZBLZC_1zVxtSyPg6yzUB6usMqm8Re2RFmkEls9&btnG=Buscar%20por%20im%C3%
A1genes&hl=es-419

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisBVW-C76zVcOg4CH5MKmGBj8CqGSyKBRvnpJYqAERzYC8gJxcEwVIL1X-we2UyuKsOJArl1DvXeXSgVWLEIK1lpfY0kfx-iC71LxF14jm6k-ugxEMCHCwa8nIX4LQbt-c9ZxjPGjr5Klpq020hK6KwdrKrlBbjTAu9ajSTIcJr0Kw9nolGwZc307MDmaH3kwiHqghRk_1cy8aBG5QId4QyW-mbCm3oYLFd5WkQAxybIDg_1DGBuv3U-bPvJKR-bZOCJKCopKUAza16Zy4ewrn6-ltgClZYt7y0QhIm20SqVA6M6emfnYsLO7p8LWKZGE7rLip9pjjOSQudQrwg3vSdLhKYEQ&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



Figura 31. Ortesis y Prótesis

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZiuxTmWCk-j1XdbfY-0SL89Tks5F5E6jqVYLvyFaaTgY4YRQnPy9ABs6rN_1_1sFDD0rGbNbWCdSCV967_1dTqdBx5JtUjnVPhoRrT3uLqujZnPCRKHxyKEbynyZX0YEUjmXMDSDeSdHWKE8hikOvvGAjo81xL0sq5yhF9e7LBa ro5HVR2WfROEeNpLGeIGlfxiha1tPzNAv5WO_1g8Zdn73jMYGXFUzZka_1BEsVFhBY2MgHPpw62Yztj_1K4terCZNBkRzelHjoT8nYCh2zfj-lfPACMPHglwgLp6aoWUa6vF4BtCnC6BEsGwgqg8_11mbqUABsVRZYZ5bFwv-VxhstlJQwUN0BGmhg&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisHdX-12NTdqKJhinLEmhVdGAUtpT2wtQXdvbc1pzmISXMO77eblaLnzKsQAsqmJBMm-9NojiX2pOUsl9XnlyGuGYXy4O0t3x9URpLiB06DYHm00EnHJZGrn_1GKLOzXG5pOkX5Hue5-uRTzUC_1VVFJbpTm8U6Qf3aGIYn5264iQqyBX5DmNEBq85nCU-otDlaCUAB9DtQZ3vlqHfh74rlw0MIXbKxQ8mjVOtuikF_1yvkZU1x2Q-3ZtYnfksetNYGePc3evzOTF1wpZ5fJWJHp6qV0WskIWuOlZA5bqzC7zVBjqZFVCihMauaTGatqlRBCR3tg1_1hqGvBhlHSJ-mG8Ofh8kBfQ&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419

DEL SALVADOR



Figura 32. Rehabilitación

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZivcy76rClZh2pg_1PEwRa6jbYx-k5TZEhRmVfPToTVhnhHfbludsi45hEqk9ehKbYg4YpgYKxSTOngfXqCrt8wNOLmEwUu7z9tlggdyOnUoNKmS1SOZ8csYlmtZrQwbsURBwU08Ao9pQLnU-brFPfHMQ1F8AGzRuYfYFVvsh94c46THwgUSZEGFU8BWYnBytiqdBWSWcHVOqmi2_1Ksn63fPAQt57iX2tDnlaWpwGGOGrb2MB6jKZkSlvph0TP9ur3sE5c6VWmsfxkOyESEBF4M-JSuaAdPHRhaK4kBVk-1bPDWUNrSVmw-NS8MTladNQ9-TpnOf1DJraHz4lckmHROqKElmQ&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=Trabajo&tbm=isch&tbs=simg:CAQSmQEJa2wj-M9d4BkajQELEKjU2AQaBgg9CElIFQwLELCmpwgaYgpgCAMSKlocjBzqG44c8BCRHlscjxzh_1ka6iSBP8g5zz6WLpk7jC69JcY5mjsaMlpXPfHUP-MY7cHCu3E090nld3voqMCpgbl_1DYe4pYeQy97ie4XZIWkqMXwTu1KVviAEDAsQjq7-CBoKCggIARIEaRiyZww&ved=0ahUKEwiZjubLtsfaAhWDQ5AKHROtC2kQ2A4JCgB&biw=1152&bih=591

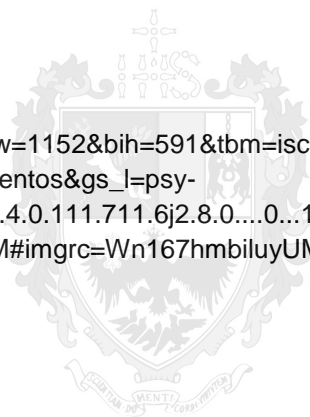
https://www.google.com.ar/imgres?imgurl=http://cdn.pagina24.com.mx/content/images/2015/06/09/aguascalientes/local/07.jpg&imgrefurl=http://pagina24.com.mx/local/2015/06/09/promueve-dif-municipal-la-integracion-de-personas-con-discapacidad-visual/&h=500&w=850&tbnid=pdfyJJdGtEx1-M&tbnh=172&tbnw=293&usg=__hCP-OWCYfykXMAhzsksNZmr42o8=&hl=es-419&docid=_UiMHpcn8Y0W_M



Figura 33. Medicamentos

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?biw=1152&bih=591&tbm=isch&sa=1&ei=Hw3ZWqzQD8OgwQS_wlFI&q=medicamentos&oq=medicamentos&gs_l=psy-ab.3..0l10.3826.7951.0.9400.12.8.0.4.4.0.111.711.6j2.8.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.12.784...0i67k1.0._JGyF74sBaM#imgsrc=Wn167hmbiluyUM:



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



Figura 34. Accesibilidad ocio y tiempo libre para personas con discapacidad

Fuente:

[https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZis_1_1bg3fflCQc4Bt6aZgrGKWyf4zbk6b3MDpY8BMflcQSR87Wae-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZis_1_1bg3fflCQc4Bt6aZgrGKWyf4zbk6b3MDpY8BMflcQSR87Wae-_1w1a9bg7KculsfHHK6stYSllaTU42krJvVScXe2w7PGIdoKko8Mgj4JVfm0ktiwdg1SsW-mIQnSORZ1_1hMjaz9c0FJRzAeGhVwqcu7X62-ZBmccybX9AHS1wmY_1AkEzgCe08qfmQh2UJJNLJnxk7wPct1MWrxIwKxO3B1craaSSGeD7vubxsePfK1jql-h-bThewgF59FwhZXIMmHsVZjVQ2r_1mHgN9ckvZ0P1C67de15n_1F8nrHiy1NaQQmPILZDWeixtpiEEmLGRxckl5F-2buh4HIMj-XENW9LmA8Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[_1w1a9bg7KculsfHHK6stYSllaTU42krJvVScXe2w7PGIdoKko8Mgj4JVfm0ktiwdg1SsW-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[mIQnSORZ1_1hMjaz9c0FJRzAeGhVwqcu7X62-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[ZBmccybX9AHS1wmY_1AkEzgCe08qfmQh2UJJNLJnxk7wPct1MWrxIwKxO3B1craaSSGeD7vubxse](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[PfK1jql-h-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[bThewgF59FwhZXIMmHsVZjVQ2r_1mHgN9ckvZ0P1C67de15n_1F8nrHiy1NaQQmPILZDWeixtpiEEmLGRxckl5F-2buh4HIMj-XENW9LmA8Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

[Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419](https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZisQC-C2K9vRXKG4h3vpMvo1WzSmPnXY7LEKO5gkH2G-d8RXoXhvzPdmbGLjHtQvk3E8p2TXr9_1YA8retwRjzx8qYTK1UMDaHIPHGu24XRJhRxHC-Jn2gbtfBXbA343LtajSjOT4ZtqdSWb3f8dF8dyVSLmC0zHEsqI0_17DNnqatcTuAr6cCOjNuNIuEw2Bh7cbKe9bLxzGgiqP-9tu7mL7DRhEee8ORVQjwLvAe1EecsX-M4TzPpOi1gdxoCqdc4fLTJHFIRDCeS3KCrZX6iPGkYb1uuhVR-1254TCEvNeWJopst8GJD4gy33_1aOdX6O3w8IK-Jbcyt4ufWm_1VMJ6Tg1BRc-Q&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419)

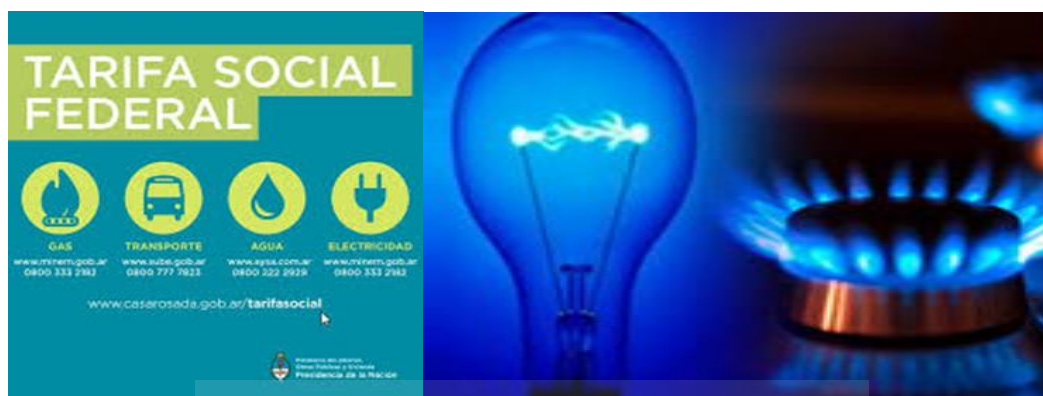


Figura 35. Tarifas sociales servicios públicos

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?hl=es-419&biw=1152&bih=591&tbm=isch&sa=1&ei=PhnZWGrL4WnwASj9r24Bg&q=tarifa+social+electrica&oq=tarifa+social+&gs_l=psy-ab.1.3.0l5j0i30k1l2j0i24k1l3.68265.72382.0.76769.14.10.0.4.4.0.160.1013.6j4.10.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.14.1090...0i67k1.0.AO49hiUOgM0#imgsrc=7NOFK0JBjWGn2M:

https://www.google.com.ar/search?hl=es-419&biw=1152&bih=591&tbm=isch&sa=1&ei=jBnZWpb6FsilwgTy4YjABA&q=tarifa+social+federal&oq=tarifa+social+federal&gs_l=psy-ab.3..0i24k1l2.23979.25707.0.27801.7.3.0.4.4.0.117.308.1j2.3.0....0...1c.1.64.psy-ab..0.7.387....0.AB9vujiB2to#imgsrc=4jd6_WdVeauHNM:

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



Figura 36. Búsqueda empleo por cupo para personas con discapacidad

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?q=certificado+de+discapacidad+argentina&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj_9LLocfaAhUFWpAKHeoPBqkQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=b8RRwOkWc5l6M:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=busqueda+de+empleo+en+periodicos&tbm=isch&tbs=simg:CAQSmQEJITO3IH30jaAajQELEKjU2AQaBggUCAMICgwLELCMpwwaYgpgCAMSKJYD-gH2Aa0I-AGuCJ0EIQOsCKUGkjPFNpcz9yz3M8Q2zz2YM-Q89iQaMGqgwA2xlob1uVFDcckUN_1qlxN3DbVcb-D7taspaoqJMjps6Xn0K0gCO_1FLTOAraWiAEDAsQjq7-CBoKCggIARIEIABa4Aw&ved=0ahUKEwjylc7ktcfaAhVCh5AKHaX-D9IQ2A4IJCgB&biw=1152&bih=591

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

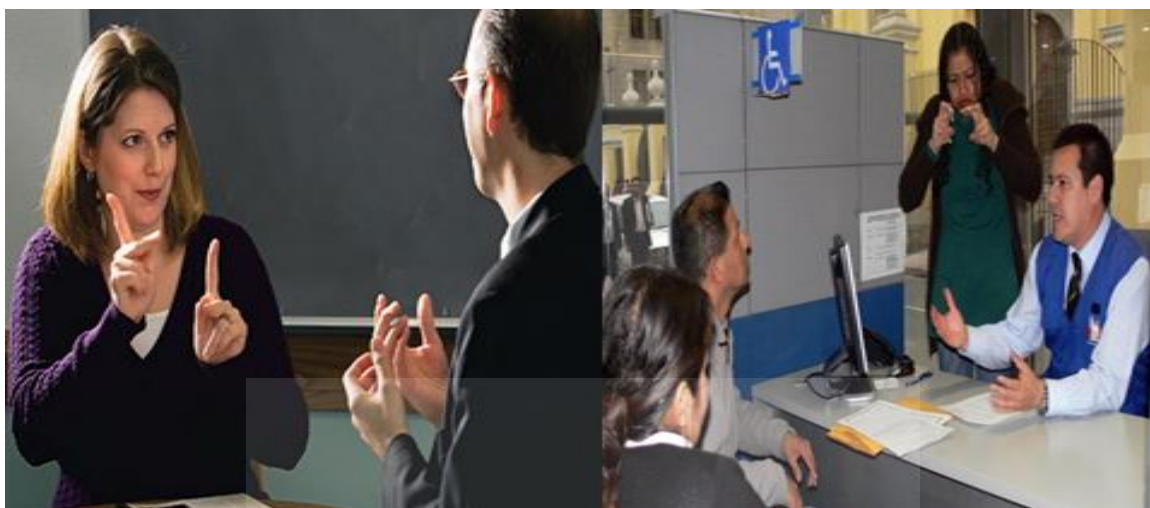


Figura 37. Acceso interprete lenguas de señas

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=lenguaje+de+se%C3%B1as+personas&tbm=isch&tbs=simg:CAQSnQEJIKYsIBIkWswakQEL EKjU2AQaCgg9CEMIFQgACAMMCxCwjKclGmIKYAgDEiiJG4MZixvIGPMe4gTqGIIZng71Hps7vS-aO-AvnDvHL7wvoDvaLZk7GjCjnuJgchdmMicf4ADPFN1GI6OxJTzdGbmplLolseEZxs1GFKpW3y2wU-0xtY_1K5TsgBAwLEI6u_1ggaCgolCAESBJ26adkM&ved=0ahUKEwjXm6DIscfaAhWBgZAKHbGQBG UQ2A4IJCgB&biw=1152&bih=591#imgsrc=l4Q6LhCwckbOXM:

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZivqiTTMRa--1TC6OB6R7_1-3FY0vpODJVLixf0o695ENUtrICttLM6-LvwbHWxjBtcey77Q0Y5lj32li4-P0mliZas18OG2kQ0DYuINjjAxHROxT5YdsGIJmkELglsQLE4juWjwotGNgC8YSbJbOe2SL0167U1j5ROdB1vq-G76578rLNlvpK0Rk1pxp6tPrA3771hQ_1tRTvu5yG8aSoDctRQgXQ-pKf4j2Q4gokalbdkyZirNpRv42P0b0rKouGdk181U_1YdlUcMOFg1NqWI25OuEpVEvFosWfirCE5rAorvEXNxi-t9lMaDrqbtrgHiRVEPuTMitKkepkiYi_1iVCWOpWYzFcQ&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419



Figura 38. Acceso a una Pensión

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?q=certificado+de+discapacidad+argentina&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj_9LLocfaAhUFWpAKHeoPBqkQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=b8RRwOkWc5l6M:

https://www.google.com.ar/search?sa=G&hl=es-419&q=%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D1%81%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%BD%D0%BE+%D0%BE%D1%81%D0%B8%D0%B3%D1%83%D1%80%D1%8F%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B5&tbm=isch&tbs=simg:CAQSlwEJaQGGZC0RiElaiwELEKjU2AQaBAgVCAoMCxCwjKclGmIKYAgDEihB6sHrQKqB_1cC-QWSAe8SigjPArQ2zSGzNrl2nyixNrc2oDbtNq42GjAZoYyvQQRbqCwJ1hNsdil5VYVPTYnEGqibh0atA2mN-gAu1yp0Agy2sx0sKA-5628gBAwLEl6u_1ggaCgolCAESBB-yQ9oM&ved=0ahUKEwiXtcSitMfaAhWRqZAKHbLyCnEQ2A4IJCgB&biw=1152&bih=591#imgsrc=4QeRcnrNqlmh4M:

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR



Figura 39. Estigmatización

Fuente:

https://www.google.com.ar/search?q=certificado+de+discapacidad+argentina&source=Inms&tbm=isch&sa=X&ved=0ahUKEwj_9LLocfaAhUFWpAKHeoPBqkQ_AUICigB&biw=1152&bih=591#imgsrc=b8RRwOkWc5l6M:

https://www.google.com.ar/search?tbs=sbi:AMhZZit9ZnLazQaAxmH4TOS-dXZorQCPqZIYxIIWWWdBNPhE2_19idCrK6J6aoEsiRma1UCJeufFskJTeDn7vZfJKAk5pNXdggMKQJ0v0JGr6rr2QD8b2IF-9EzWKUe2czM-PceMSuhDg4gHgy7ZBN5ghIhxmvmnnrh36lNiRZykCswZxWjkuVcHajbsYzuutZMe2RsHk-8fdLuWEYb9HUWvvPaRjVUOLtfrzL83ICv_1u9VRPxrHghLP0Ppy2u2PCtQg1Dd1Pm2gVHuHFBDCdggmSYHVIifB31oib52z6eKjBXc-FoetU4ilowxCpCYDCp5lfS8nz0Bu&btnG=Buscar%20por%20im%C3%A1genes&hl=es-419

USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR

ANEXO VII- SITIOS WEB RELEVADOS

Administrador. (4 de noviembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador. (8 de noviembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador. (9 de noviembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador a. (12 de diciembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador b. (12 de diciembre de 2015). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador a. (23 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador b. (23 de enero de 2016). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador. (17 de febrero de 2016). R: Certificado de discapacidad. [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador. (2 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador. (28 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Administrador. (28 de abril de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Agencia de Información de Personas con discapacidad (3 de septiembre de 2015). CUD. Certificado único de Discapacidad: Obtención 2015/2016. Recuperado

de:<http://derechosparadiscapacitados.blogspot.com.ar/search/label/Certificado%20Unico%20de%20Discapacidad>

Alejandro. (4 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Ana María. (16 de octubre de 2015). Como tramitar mi Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2009/10/28/%C2%BFcomo_tramitar_mi_certificado_de_discapacidad/

Andrés. (6 de abril de 2016). R: Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>

Anónimo. (30 de julio de 2015). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Anónimo. (27 de diciembre de 2016). R: Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>

Argentina Open. (s.f.). ¿Hay una atención especial para discapacitados? Recuperado de: <http://argentinaopenatp.com/atp/es/content/servicio-al-espectador#p11>

ANSES. (s.f.). Asignación familiar por hijo con discapacidad. Recuperado de: <http://www.anses.gob.ar/archivos/cartilla/HIJO%20-%20HIJO%20CON%20DISCAPACIDAD>

ANSL. (19 de marzo de 2016). Convocatoria para actualizar datos Registro Único de personas con discapacidad. Recuperado de: <http://agenciasanluis.com/notas/2016/03/19/convocatoria-para-actualizar-el-registro-unico-para-personas-con-discapacidad/>

APEBI. (s.f.). Información sobre el Certificado de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.apebi.org.ar/pdf>

Argentina. CONADIS. (s.f.). Derechos y Discapacidad. Links de interés. SNR: Certificado único de discapacidad, franquicias y libre estacionamiento. Recuperado de: <http://www.conadis.gov.ar/AreaDerechosDiscapacidad>

- Argentina. Ministerio de Justicia y DDHH. (9 de octubre de 2015). Resolución 2149/15-Anexo I-. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/253061/norma.htm>
- Argentina. Ministerio de Justicia y DDHH (Versión 2016). Dossier de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.saij.gob.ar/docs-f/dossier-f/discapacidad.pdf>
- Argentina. Ministerio de Desarrollo Social (s.f.). Mejoramiento de viviendas para personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.desarrollosocial.gob.ar/tramitemejorasvivienda>
- ASDRA. Asociación de Síndrome de Down de la República Argentina (s.f.). Recuperado de: <http://www.asdra.org.ar/destacados/asdra-realizo-un-nuevo-reclamo-por-las-demoras-en-tramites-del-certificado-unico-de-discapacida-cud>
- Asociación de Foniatría, Audiología y Logopedia Platense. [ca. 2015]. Certificado de discapacidad. Recuperado de: <http://www.afalp.org.ar/Index/index.aspx>
- Asociación de Prader- Willi Argentina. (c.a.2015). Recuperado de <http://www.praderwilliar.com.ar/resol-110415-actualizacion-de-valores/>
- Asociación Distrofia Muscular para las enfermedades Neuromusculares. [ca.2016]. Certificado de Discapacidad. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad/>
- Asociación sin fines de lucro dedicada a la discapacidad. (29 de junio de 2015). Certificado único de discapacidad. Recuperado de: <http://uniendosaberes.blogspot.com.ar/2012/05/certificado-unico-de-discapacidad>
- Autopistas del Sol. (s.f.). Exención de pago de peaje para personas con discapacidad. Recuperado de: <https://www.ausol.com.ar:91/WebPages/exencion.aspx>
- Ballarella, N. (19 de marzo de 2016). Nueva solicitud del Certificado de discapacidad –CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>
- Baruque, C. (16 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Bartaburu, E. (28 de septiembre de 2015). Inclusión Escolar. Carta de Lectores. La Nación. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1831763-cartas-de-los-lectores>

- Bianco, M.I. (16 de febrero de 2016). R: Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Boscovic, J. (11 de junio de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Carrera, F. (28 de agosto de 2015). El certificado único de discapacidad (CUD). Su importancia: Derechos y Beneficios [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios>
- Carrizo, I. (20 de junio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad>
- Certificado de discapacidad autismo. (s.f.). El Enciclopedista. Recuperado de: <http://www.elenciclopedista.com.ar/certificado-de-discapacidad-autismo>
- Ceteri, J.L. (27 de junio de 2016). Análisis de las últimas modificaciones realizadas por AFIP. El cronista Recuperado de: <http://www.cronista.com/fiscal/Analisis-de-las-ultimas-modificaciones-realizadas-por-AFIP-20160627-0005.html>
- Crearán una web para que los discapacitados reserven pasajes de micro por la web. (10 de mayo de 2016). INFOBAE. Recuperado de: <http://www.infobae.com/2016/05/10/1810323-crearan-una-web-que-discapacitados-reserven-pasajes-micro-gratis-online/>
- Daniela. (3 de febrero de 2016). Que es un certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>
- Darío. (18 de noviembre de 2015). Audi desde 200 mil para personas con discapacidades [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.audilenken.com.ar/audi/2014/03/06/audi-desde-200-mil-para-personas-con-discapacidades/>
- Defensorba. (s.f.). Juntas Evaluadoras: Donde tramitar el CUD. Recuperado de: <http://www.defensorba.org.ar/pdfs/Juntas-Evaluadoras-donde-tramitar-el-Certificado-Unico-de-Discapacidad-CUD-provincia-de-Buenos-Aires.pdf>
- De la Orden, F. (7 de junio de 2016). Como acceder a la tarifa social de la luz y el agua. Clarín. Recuperado

de:http://www.clarin.com/ieco/economia/acceder-tarifa-social-luz-agua_0_Vk1fyaJNW.html

Diego. (2 de febrero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Diego. (17 de febrero de 2016). Que es un certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>

Diego. (31 de julio de 2016). El certificado único de discapacidad (CUD). Su importancia: Derechos y Beneficios [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de:<http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios/>

Dozo, J.J. (13 de mayo de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de:<https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>

Emanuel. (14 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Emilce. (15 de enero de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de:<https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad/>

Escobar, E. (26 de enero de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de:<https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>

Estos son los requisitos para acceder a la tarifa social de gas. (6 de abril de 2016). La Gaceta Recuperado de: <http://www.lagaceta.com.ar/nota/677009/economia/estos-son-requisitos-para-acceder-tarifa-social-gas.html>

Estudio Jurídico. (s.f.). Condiciones necesarias para obtener una pensión asistencial por invalidez. Recuperado de: <http://www.derechoalasalud.com.ar/discapacidad-pension-no-contributiva-pension-por-invalidez-cuales-son-las-condiciones-necesarias-para-obtener-una-pension-asistencial-por-invalidez-ley-n%C2%BA-18-910-decreto-43297/368>

Extienden la vigencia del certificado de discapacidad. (s. f.). Punto de Noticias.
Recuperado de: <https://punto-noticias.com/tag/certificados-discapacidad/>

F. (7 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Facchin, M. (18 de julio de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea].
Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>

FADEPOF. Federación de Enfermedades poco frecuentes. (s.f.). Guía de Trámites. El certificado de Discapacidad y sus beneficios. Recuperado de: http://fadepof.org.ar/asesoramiento_legal/certificado_y_beneficios

Familias FAME Argentina. (s.f.). Leyes Nacionales de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.fameargentina.com.ar/leyes.php>

Federación Argentina de Obras Sociales de Personal de Dirección. (ca.2016).
Recuperado de: <http://www.faosdir.org.ar/nov1.htm>: un

Flamenco, F. (14 de abril de 2016). El certificado único de discapacidad (CUD). Su importancia: Derechos y Beneficios [Comentario en un Foro en Línea].
Recuperado de: <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios>

Florencia. (21 de marzo de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Forbes, J.M. (s.f.). Deber de informar sobre sus derechos al momento de entregar el certificado de discapacidad [Mensaje de Blog]. Recuperado de: <http://juanforbes.com/tag/derechos/>

Fundación Diser. (marzo de 2016). Troquel CUD válido para solicitar boleto gratuito en el Territorio Nacional. Recuperado de: <http://www.diser.org.ar/2016/03/>

Fundación Teimaken. (s.f.). Ingreso personas con discapacidad sin cargo.
Recuperado de: http://www.teimaken.org.ar/sec_temaiken_subsecciones.php?id=2&categoria=4

Fundafasia. (21 de enero de 2015). Prórroga para renovar el certificado.
Recuperado de: <http://www.fundafasia.org/143-prrroga-para-renovar-el-certificado-de-discapacidad-en-ciudad-de-buenos-aires.html>

Fundación Nosotros. (s.f.). Preguntas frecuentes. Recuperado de: http://www.fundacionnosotros.org.ar/index723b.html?PN=preguntas_frecuentes

Gabriel. (26 de junio de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad/>

Gabriela Michetti excluyó personas con discapacidad de los despidos del Senado. (7 de enero de 2016). El Intransigente. Recuperado de: <http://www.elintransigente.com/argentina/2016/1/7/gabriela-michetti-excluyo-personas-discapacidad-despidos-senado-362091.html>

Geraduzi, D. (16 de enero de 2016). Audi desde 200 mil para personas con discapacidades [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.audilenken.com.ar/audi/2014/03/06/audi-desde-200-mil-para-personas-con-discapacidades/>

Graciela. (18 de junio de 2015). ANSES: Monto aumento asignaciones familiares hijos discapacitados 2015-2016. Econoblog. Recuperado de: <http://www.econoblog.com.ar/30802/anses-montos-con-aumento-de-asignaciones-familiares-2015-2016-para-hijos-discapacitados>

Grippe, J. (21 de noviembre de 2015). Carta de Lectores. La Nación. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1847470-cartas-de-los-lectores>

Griseda. (30 de octubre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. (ca. 2016). Abrió la inscripción para la obtención de becas de estudio y capacitación. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/noticias/discapacidad-abrio-la-inscripcion-para-la-obtencion-de-becas-de-estudio-y-capacitacion>

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. COPIDIS. (s.f.). Guía Trámites Certificado de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.buenosaires.gob.ar/tramites/certificado-de-discapacidad>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. COPRODIS. (s.f.). Certificado. Recuperado de: <http://www.coprodis.sg.gba.gov.ar/html/certificado.html>

Gobierno de Morón (s.f.). Acción social: Discapacidad. Recuperado de: <http://www.moron.gov.ar/nuestra-gestion/accion-social/discapacidad>

Gómez, Z. (6 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Habrá un nuevo registro para las personas con discapacidad. (21 de marzo de 2016). Diario de la República. Recuperado de: <http://www.eldiariodelarepublica.com/provincia/Habra-un-nuevo-registro-para-las-personas-con-discapacidad-20160321-0013.html>

Incluyeme.com. (s.f.). Que es un certificado de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>

InfoLEG. (12 de agosto de 2015). Artículo 4°-Resolución N°545 Ministerio de Ciencia, Innovación y Tecnología. Recuperado de: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/250000-254999/250598/norma.htm>

INSSJP/PAMI. (s.f.). Servicios médicos. Discapacidad. Certificado de discapacidad. Recuperado de: http://www.pami.org.ar/bot_servicios.php?a_ser=2&a_tip=22&a_sub=402

IOMA. (s.f.). Tramites por Discapacidad. Recuperado de: http://www.ioma.gba.gov.ar/archivos/inicio_tramite.html

Javier. (21 de julio de 2015). El certificado único de discapacidad (CUD) su importancia Derechos y beneficios [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios>

Jesicca. (19 de marzo de 2016) Que es un certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>

Jorge. (29 de enero de 2016). Tarifa social de luz para discapacitados. Econoblog. Recuperado de: <http://www.econoblog.com.ar/37644/tarifa-social-de-luz-para-discapacitados/>

Julio. (9 de noviembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Kia Argentina. (ca. 2016). Kia Argentina precios vigentes. Blog de coches. Recuperado de: <http://www.blogdecoches.net/kia/kia-argentina-precios-vigentes.html>

La Defensoría del Pueblo actúa por los derechos de la discapacidad. (6 de abril de 2016). ADN Rio Negro. Recuperado de: <http://adnrionegro.com.ar/2016/04/defensoria-del-pueblo-actua-por-derechos-de-personas-con-discapacidad>

La oficina que evalúa para dar certificados de discapacidad cerrada hasta marzo. (28 de febrero de 2016). El Popular. Recuperado de:

<http://www.elpopular.com.ar/eimpresa/231727/la-oficina-que-evalua-para-dar-certificados-de-discapacidad-cerrada-hasta-marzo>

La Usina. (s.f.). Información útil. Recuperado de: <http://www.lausina.org/informacion-util.html>

Liga Argentina contra la Epilepsia. (s.f.). Como se tramita la obtención del Certificado Único de Discapacidad. Recuperado de: http://www.lace.org.ar/como_hacer_para_acceder_al_tratamiento.php

Liga de Consorcista de Propiedad Horizontal. (s.f.). Recuperado de: <http://www.ligadelconsorcista.org/legislacion/ley-27269-certificado-unico-discapacidad-cartilla-derechos-personas-discapacidad>

Lucila. (2 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

María de los Ángeles. (19 de enero de 2016). ¿Qué es un certificado de discapacidad? [Comentario en un Foro en Línea] Recuperado de: <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>

Marta. (19 de marzo de 2016). Nueva solicitud del Certificado de discapacidad – CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>

Martin. (21 de enero de 2016). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Martínez, J. (12 de octubre de 2015). Como tramitar mi Certificado de discapacidad [Mensaje de Blog]. Recuperado de: http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2009/10/28/%C2%BFcomo_tramitar_mi_certificado_de_discapacidad/

Lorena. (30 de junio de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>

Michetti excluyó los despidos de las personas con discapacidad. (6 de enero de 2016). Minuto Uno. Recuperado de: <http://www.minutouno.com/notas/1463029-michetti-excluyo-los-despidos-personas-discapacidad>

- Microjuris. (29 de junio de 2016). Se modifica el Protocolo de Evaluación y Certificación de la Discapacidad. Recuperado de: <https://aldiaargentina.microjuris.com/tag/discapacitados/page/3/>
- Miño, S. (9 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>
- Municipio de Bahía Blanca. (s.f.). Certificado Único de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.bahiablanca.gob.ar/equipos-de-trabajo/salud-2015/certificado-unico-de-discapacidad/>
- Municipalidad de Florencio Varela. (s.f.). Como obtener el certificado. Recuperado de: http://www.varela.gov.ar/prensa/nota.aspx?not_id=31849
- Municipalidad de Pilar. (16 de marzo de 2016). Optimizar los servicios para personas con discapacidad. Recuperado de: <http://www.pilar.gov.ar/optimizar-los-servicios-para-personas-con-discapacidad>
- Municipio de Tigre. (14 de febrero de 2016). Claves para tramitar el certificado. Recuperado de: <http://www.tigre.gov.ar/noticias/claves-para-tramitar-el-certificado-de-discapacidad-en-tigre/>
- Municipalidad de Tres de Febrero. (23 de junio de 2016). Jornada de Capacitación. Recuperado de: <http://www.tresdefebrero.gov.ar/noticias/jornada-capacitacion-certificado-unico-discapacidad>
- Municipalidad de Tres de Febrero. (23 de junio de 2016). Desarrollo humano y Discapacidad. Recuperado de: <http://www.tresdefebrero.gov.ar/desarrollo-humano/discapacidad/>
- Nancy. (21 de septiembre de 2015). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>
- Neuquén. Ministerio de Gobierno y Justicia. (26 de mayo de 2016). Recorrieron el interior para gestionar el certificado de discapacidad Recuperado de: <http://www.neuqueninforma.gob.ar/recorrieron-el-interior-para-gestionar-certificados-de-discapacidad>
- Noticias de la Comarca. (s.f.). Representantes del Ministerio de Salud se capacitaron en La Pampa sobre nuevo sistema estadístico de discapacidad. Recuperado de: <http://noticiasdelacomarca.com/representantes-del-ministerio-de-salud-se-capacitaron-en-la-pampa-sobre-nuevo-sistema-estadistico-de-discapacidad/>

- Reclamo de vecina respecto a entrega de certificados de discapacidad. (17 de diciembre de 2015). Red Panorama. Recuperado de: <http://www.redpanorama.com.ar/reclamo-de-vecina-respecto-a-la-entrega-de-certificados-de-discapacidad-que-otorga-el-hospital-abel-ayerza/>
- River sin Barreras. (ca. 2016). River si Barreras: Tu lugar en el Monumental 2016. Recuperado de: <http://www.cariverplate.com.ar/river-sin-barreras-tu-lugar-en-el-monumental-2016>
- Rodríguez, P. (11 de febrero de 2016). En la Provincia funcionan 160 oficinas para tramitar certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.elsolnoticias.com.ar/notas/61650-en-la-provincia-funcionan-160-oficinas-para-tramitar-certificados-de-discapacidad>
- Roma R. (17 de septiembre de 2015). Guía para obtener el certificado de discapacidad [Mensaje de Blog]. Recuperado de: http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2010/09/17/guia_para_obtener_el_certificado_de_discapacidad/
- Romero, E. (1 de julio de 2016). Nueva entrega de certificados. FM Sur. Recuperado de: <http://fmsur889.com.ar/nueva-entrega-de-certificados-unicos-de-discapacidad/>
- Rosana. (21 de noviembre de 2015). Audi desde 200 mil para personas con discapacidades [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.audilenken.com.ar/audi/2014/03/06/audi-desde-200-mil-para-personas-con-discapacidades/>
- Ruiz, P. (16 de julio de 2016). Requisitos como y donde obtener los pasajes con el certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <https://noticiasconobjetividad.wordpress.com/2014/12/19/requisitos-como-y-donde-obtener-los-pasajes-con-el-certificado-de-discapacidad>
- Obtención del certificado de Discapacidad (CUD) en todo el país. (s.f.). El Cisne. Recuperado de: <http://elcisne.org/603-2/>
- Oranges, S. (7 de junio de 2016). En uno de cada cinco hogares de la Argentina vive una persona con discapacidad. La Nación. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1906505-en-uno-de-cada-cinco-hogares-de-la-argentina-vive-una-persona-con-discapacidad>
- OSBA. (s.f.). Discapacidad. Documentación general y requisitos. Recuperado de: <http://www.obsba.org.ar/discapacidad/>
- Programa Federal INCLUIR SALUD. Ministerio de Salud. (s.f.). Como acceder. Recuperado de:

http://www.msal.gob.ar/incluiusalud/index.php?option=com_content&view=article&id=546&Itemid=113

Prorrogan la vigencia de los certificados provinciales. (ca.2015). INFOBAN. Recuperado de: http://m.infoban.com.ar/despachos.asp?cod_des=38010

Pompie. (1 de abril de 2016). Foro mágico [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.viajeromagico.com/comunidad/viewtopic.php?t=17036>

Psicop. (19 de marzo de 2016). R: Nueva solicitud del Certificado de discapacidad – CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>

Psicop. (29 de marzo de 2016). R: Nueva solicitud del Certificado de discapacidad – CUD en Argentina [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://psicop.com.ar/2016/03/15/nueva-solicitud-de-certificado-unico-de-discapacidad-cud-en-argentina/>

Pablo Daniel. (10 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Piden que las personas con discapacidad accedan al transporte público con el certificado único. (27 de enero de 2016). ABC Hoy. Recuperado de: http://www.abchoy.com.ar/leernota.php?id=124643&titulo=piden_que_la_s_personas_con_discapacidad_accedan_al_transporte_con_el_certificado_unico

Pompie. (1 de abril de 2016). Foro mágico. [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.viajeromagico.com/comunidad/viewtopic.php?t=17036>

Prader Willi Argentina. (25 de enero de 2016). Actualización legal del certificado de discapacidad Recuperado de: <http://www.praderwilliar.com.ar/nueva-solicitud-del-certificado-de-discapacidad/>

PROCREAR. (s.f.). Requisitos y documentación a presentar para los créditos hipotecarios con terreno. Recuperado de: <http://www.procrear.anses.gob.ar/proyecto-urbanistico/requisitos>

Provincia: Extienden la vigencia de los certificados vencidos. (6 de abril de 2016). Que pasa. Recuperado de: quepasaweb.com.ar/provincia-extienden-vigencia-certificados-de-discapacidad-vencidos

Quienes están exentos de pagar el aumento de la luz. (28 de enero de 2016). Fortuna. Recuperado de: <http://fortunaweb.com.ar/2016-01-28-172747-quienes-estan-exentos-de-pagar-el-aumento-de-la-luz/>

Quienes no pagarán el aumento de la luz. (28 de enero de 2016). La Nación. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1866075-quienes-no-pagaran-el-aumento-de-la-luz>

Quiroga, M. (17 de diciembre de 2015). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Quiroga, M. (22 de marzo de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Quiroga, M. (21 de junio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Quiroga, M. a. (23 de junio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Quiroga, M. b. (23 de junio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Sabate, F. (20 de abril de 2016) El certificado único de discapacidad (CUD). Su importancia: Derechos y Beneficios [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://tuespaciojuridico.com.ar/tudoctrina/2014/09/26/el-certificado-unico-de-discapacidad-cud-su-importancia-derechos-y-beneficios/>

Sabrina. (23 de diciembre de 2015). Que es un certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://www.incluyeme.com/que-es-un-certificado-de-discapacidad/>

Sada. (21 de noviembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

SAIJ. (2016). Se aprueba nueva solicitud CUD y su instructivo. Recuperado de: www.saij.gob.ar/se-aprueba-nueva-solicitud-certificado-unico-

discapacidad-cud-su-instructivo-nv13716-2016-01-14/123456789-0abc-617-31ti-lpssedadevon

Santa Fe. (s.f.). Discapacidad: Certificado Único de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.santafe.gob.ar/index.php/tramites/modul1/index?m=descripcion&id=141443>

Santoro, M. (2 de agosto de 2014). Los beneficios de tramitar el certificado único de discapacidad. Artículo La Nación. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/1714334-los-beneficios-de-tramitar-el-certificado-unico-de-discapacidad>

Se entregaron 8.239 certificados, la mayoría son mentales. (20 de julio de 2015). 6 Digital. Recuperado de: <http://www.noticiasdel6.com/ampliar.php?id=149855&PHPSESSID=ad81bf6a46acedf4e6db4e14e76f4508>

Semeraro, O. (noviembre de 2015). Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://adm.org.ar/disposicion-20-2016-cud-certificado-unico-discapacidad>

Senado: Excluyen a las personas con discapacidad de la baja de contratos. (6 de enero de 2016). Télam. Recuperado de: <http://www.telam.com.ar/notas/201601/132288-camara-senado-gabriela-michetti-decreto-parlamentario-exclusion-baja-de-contratos-personas-discapacidad.html>

Soles de Buenos Aires a. (s.f.). Certificado único de Discapacidad. Recuperado de: <http://www.solesdebuenosaires.org.ar/certificado-unico-dicapacidad.html>

Soles de Buenos Aires b. (s.f.). Certificado en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.solesdebuenosaires.org.ar/certificado-unico-dicapacidad.html>

Soles de Buenos Aires c. (s.f.). Certificado en Provincia de Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.solesdebuenosaires.org.ar/certificado-unico-dicapacidad.html>

Servicio Nacional de Rehabilitación. Ministerio de Salud. (s.f.). CUD. Recuperado de: <https://www.snr.gob.ar/cud/>

Superintendencia de Servicios de Salud. (ca.2016). Discapacidad. Resolución 406/2016. Recuperado de: <http://www.sssalud.gov.ar/?page=contenido&id=5069>

Tajes, N. (5 de agosto de 2015). Como tramitar mi Certificado de discapacidad [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: http://weblogs.clarin.com/el-otro-el-mismo/2009/10/28/%C2%BFcomo_tramitar_mi_certificado_de_discapacidad/

Theskyiscrying. (27 de diciembre de 2015). Certificado de discapacidad y viaje a Europa [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: https://www.tripadvisor.com.ar/ShowTopic-g1-i18149-k9105983-Certificado_Discapacidad_y_viaje_Europa-Viajar_sin_barreras.html

Una corrección para no echar a discapacitados. (6 de enero de 2016). Página 12. Recuperado de: <http://www.pagina12.com.ar/diario/ultimas/subnotas/20-76061-2016-01-06.html>

Universia Argentina. (27 de enero de 2015). Recuperado de: <http://noticias.universia.com.ar/empleo/noticia/2015/01/27/1118930/ca-da-vez-discapacitados-ingresan-mercado-laboral.html>

Unknown. (18 de julio de 2016). Un camino más corto: certificado de discapacidad por Fibromialgia [Comentario en un Foro en Línea]. Recuperado de: <http://uncaminomascorto.blogspot.com.ar/2011/06/certificado-de-discapacidad-por.html>

Unknown. (8 de abril de 2016). Como obtener el certificado de discapacidad. Recuperado de: <http://sinbarrerasrosario.blogspot.com.ar/2009/06/como-obtener-el-certificado-de.htm>



USAL
UNIVERSIDAD
DEL SALVADOR